

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DOS
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
REABILITAÇÃO:
um estudo descritivo e correlacional na Região
Autónoma da Madeira**

Válter Filipe Nóbrega Freitas

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

**Funchal,
2020**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DOS
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
REABILITAÇÃO:
um estudo descritivo e correlacional na Região
Autónoma da Madeira**

Válter Filipe Nóbrega Freitas

Orientadora: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Coorientador: Prof. Doutor Élvio Rúbio Gouveia

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal,

2020

Muitas vezes, a diferença entre uma pessoa bem-sucedida e outra fracassada não tem a ver com as melhores capacidades ou ideias da primeira, mas sim com a coragem de apostar nas suas ideias, de assumir um risco calculado e de agir.

Maxwell Maltz

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny pela excelência do ensino, e por ter proporcionado as melhores condições para que desenvolvesse as competências pessoais e profissionais nesta área do saber.

À Professora Doutora Bruna Gouveia pela sua motivação, disponibilidade e orientação, que pelo seu amplo conhecimento na área, foi impreterível para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, desde a licenciatura, e agora no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Ao Professor Doutor Élvio Gouveia por aceitar ser o coorientador, o qual pelo seu vasto conhecimento na área da atividade física e desporto, rigor, disponibilidade e prontidão, tornou este percurso de chegada até à “meta” menos penoso.

A Professora Doutora Celeste Bastos e Professor Doutor. José Luís Pais Ribeiro que gentilmente deram autorização para utilizar o instrumento Habitual Physical Activity Questionnaire (HPAQ), adaptado para a população Portuguesa.

Aos meus pais pela educação, transmissão de valores, e por sempre terem lutado diariamente para que nada faltasse a mim e à minha irmã. Obrigado pelas pessoas maravilhosas que são, por me darem força diariamente, por me acompanharem, motivarem e apoiarem em todas as minhas decisões. Graças a vocês cheguei aqui, e muito mais trabalho e estudo terei pela frente, pois como sempre me disseram “O saber não ocupa lugar!”.

À minha irmã por ser a pessoa fantástica que é, pelo seu percurso escolar e profissional que sempre me motivou. Pela persistência e teimosia na vida, a qual me ajudou, ajuda e defende com unhas e dentes contra tudo e contra todos, por maior que seja o obstáculo.

À minha namorada pela sua compreensão, apoio, respeito, reciprocidade, e ser uma pessoa não só de valor, mas com valores. Obrigado por me ensinares o significado da palavra amor, dia após dia, e por tornares os meus dias cinzentos em plenos dias de verão.

À minha restante família, avós, padrinhos, tios, primos, sogra, cunhados, compadres, afilhados e amigos por todo o apoio e motivação.

Aos meus colegas de mestrado pelo vosso companheirismo e entreaajuda ao longo do mestrado, e pela dedicação de todos na obtenção dos nossos dados para os estudos.

À minha chefe de serviço, colegas, assim como a toda a equipa multidisciplinar do serviço de Medicina segundo piso nascente, por me terem facilitado nesta caminhada, pelas trocas de turnos e palavras de apoio.

A todos os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que contribuíram para que este estudo fosse possível, dando força e visibilidade a esta especialidade.

À Direção do SESARAM EPE pela compreensão e atribuição dos 30 dias de estatuto de equiparação a bolseiro, pois sem os mesmos este processo académico seria ainda mais dificultado.

RESUMO

A atividade física está associada a melhores níveis de qualidade de vida em vários grupos etários, tendo um grande impacto para a saúde. Os estudos das relações entre a atividade física e a qualidade de vida em enfermeiros especialistas de reabilitação são escassos. Os objetivos deste estudo foram: (1) caracterizar o nível de atividade física e de qualidade de vida dos enfermeiros especialistas em reabilitação da Região Autónoma da Madeira em função do seu contexto de prática laboral; (2) investigar as diferenças na atividade física e na qualidade de vida associadas ao género e à idade; e (3) investigar as associações entre a atividade física e a qualidade de vida.

A amostra foi composta por 114 enfermeiros especialistas em reabilitação que desempenhavam funções no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. A caracterização geral dos enfermeiros especialistas em reabilitação foi obtida através de um questionário geral. A atividade física e a qualidade de vida foram avaliadas por questionários validados para a população portuguesa.

Os resultados indicaram que 65,8 % dos enfermeiros especialistas em reabilitação praticam algum tipo de atividade física. Não foram identificadas diferenças no score da atividade física em função dos contextos de prática laboral. No que respeita à qualidade de vida, os enfermeiros especialistas em reabilitação dos cuidados de saúde primários reportaram scores na função física mais baixos comparativamente aos restantes contextos. Por outro lado, os enfermeiros especialistas em reabilitação das Unidade de Internamento de Longa Duração apresentaram scores mais baixos no desempenho emocional. Os enfermeiros especialistas em reabilitação masculinos são mais ativos ($p < 0,010$) e apresentam scores mais elevados na função física da qualidade de vida ($p = 0,002$). Não foram encontradas diferenças associadas à idade na atividade física nem qualidade de vida entre os enfermeiros especialistas em reabilitação. Finalmente, verificou-se uma correlação positiva entre o score total de atividade física e a qualidade de vida nas componentes física e mental ($0,191 > r > 0,214$; $p < 0,005$).

A prática de atividade física entre os enfermeiros especialistas em reabilitação é elevada, particularmente no género masculino. O desempenho emocional e a função física da qualidade de vida variam em função do contexto laboral. Este estudo em enfermeiros

especialistas em reabilitação comprova a relação positiva que existe entre a atividade física e a qualidade de vida.

Palavras chave: Atividade física, Qualidade de vida, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRAT

Physical activity is associated with higher levels of quality of life in several age groups, having a great impact on health. Studies that assess the relationship between physical activity and quality of life in rehabilitation nurses are very scarce. The objectives of this study were: (1) to characterize the level of physical activity and quality of life of the rehabilitation nurses in the Autonomous Region of Madeira according to their context of work practice; (2) investigate the differences in physical activity and quality of life associated with gender and age; and (3) investigate the associations between physical activity and quality of life.

The sample consisted in 114 rehabilitation nurses who performed functions in the Health Service of the Autonomous Region of Madeira. The general characterization of the rehabilitation nurses was obtained through a general questionnaire. Physical activity and quality of life were assessed through questionnaires that were validated for the Portuguese population.

The results indicated that 65.8% of rehabilitation nurses practice some type of physical activity. No differences were found in the physical activity score due to the contexts of work practice. With regard to quality of life, the primary health care rehabilitation nurses reported lower scores on physical function when compared to other contexts. On the other hand, the rehabilitation nurses of Long-Term Inpatient Units had lower scores on emotional performance. Male rehabilitation nurses are more active ($p < 0,010$) and have higher scores on the physical function of quality of life ($p = 0,002$). No age-related differences in physical activity or quality of life were found between the rehabilitation nurses. Finally, there was a positive correlation between the total score of physical activity and quality of life in the physical and mental components ($0,191 > r < 0,214$; $p < 0,005$).

The practice of physical activity among rehabilitation nurses is high, particularly in males. The emotional performance and physical function of quality of life vary depending on the work context. This study proves that there is a positive relationship between physical activity and quality of life.

Keywords: Physical activity, Quality of life, Rehabilitation nurses.

RESUMEN

La actividad física suele estar vinculada, en varios grupos de edad, a niveles más altos de calidad de vida, ya que tiene un gran impacto en la salud. Son, sin embargo, aún escasos los estudios o trabajos de investigación sobre las relaciones entre la actividad física y la calidad de vida en enfermeros especialistas en rehabilitación. Los objetivos de este estudio fueron: (1) caracterizar el nivel de actividad física y de calidad de vida de los enfermeros especialistas en rehabilitación pertenecientes al Región Autónoma de Madeira, en función de su contexto de empleo; (2) tratar de averiguar en qué medida hay diferencias de actividad física y de calidad de vida asociadas con el género y con la edad; y (3) investigar las asociaciones existentes entre la actividad física y la calidad de vida.

La muestra fue compuesta por 114 enfermeros especialistas en rehabilitación que desempeñaban funciones en el servicio de salud de la Región Autónoma de Madeira. La caracterización general de los enfermeros especialistas en rehabilitación se obtuvo a partir de una encuesta general. La actividad física y la calidad de vida se evaluarán mediante cuestionarios validados para la población portuguesa.

Los resultados indicaron que el 65,8% de los enfermeros especialistas en rehabilitación practican algún tipo de actividad física. No se han detectado diferencias en el score de la actividad física ocurridas en función de lo contexto de empleo. Por lo que respecta a la calidad de vida, los enfermeros especialistas en rehabilitación en la atención primaria de salud obtuvieron scores más bajos en términos de la función física, en comparación con lo que pasa en los demás contextos. Por otro lado, los enfermeros especialistas en rehabilitación de las unidades de cuidados a largo plazo presentaron scores inferiores en el desempeño emocional. Los enfermeros especialistas en rehabilitación masculinos son más activos ($p < 0,010$) y presentan scores superiores en cuanto a la función física de la calidad de vida ($p = 0,002$). No hubo, entre los enfermeros especialistas en rehabilitación, cualesquier diferencias asociadas a la edad en relación con la actividad física y la calidad de vida. Finalmente, en cuanto a las componentes física y mental, hubo una correlación positiva entre los scores totales de actividad física y de calidad de vida ($0,191 > r < 0,214$; $p < 0,005$).

La práctica de actividad física entre los enfermeros especialistas en rehabilitación es bastante común, particularmente en el género masculino. El desempeño emocional y la

función física de la calidad de vida varían en función del contexto de empleo. Este estudio sobre los enfermeros especialistas en rehabilitación comprueba la relación positiva que existe entre la actividad física y la calidad de vida.

Palabras llave: actividad física, calidad de vida, enfermero especialista en enfermería de rehabilitación.

RÉSUMÉ

Puisqu'elle a un grand impact dans la santé, l'activité physique est souvent liée, dans divers groupes d'âge, aux niveaux de qualité de vie les plus élevés. Il y a, pourtant, encore très peu de travaux de recherche sur les rapports établis entre l'activité physique et la qualité de vie chez des spécialistes en soins infirmiers de réadaptation. Voici les buts de cette étude : (1) caractériser le niveau d'activité physique et de qualité de vie des spécialistes en soins infirmiers de réadaptation appartenant au Région autonome de Madère, selon leur contexte d'emploi ; (2) faire de la recherche pour essayer de savoir dans quelle mesure l'activité physique et la qualité de vie peuvent varier selon des critères de genre et d'âge ; et (3) enquêter sur les rapports observés entre l'activité physique et la qualité de vie.

L'échantillon a été composé par 114 spécialistes en soins infirmiers de réadaptation employés au service de santé de la Région autonome de Madère. La caractérisation des spécialistes en soins infirmiers de réadaptation a été obtenue à partir d'une enquête générale. L'activité physique et la qualité de vie ont été évaluées au moyen de questionnaires validés pour la population portugaise.

Les résultats ont indiqué que 65,8% des spécialistes en soins infirmiers de réadaptation pratiquent un type d'activité physique. Aucune différence en fonction du contexte d'emploi n'a pu être détectée dans le score de l'activité physique. Quant à la qualité de vie, on peut dire qu'en matière de fonctions physiques, les spécialistes en soins infirmiers de réadaptation des soins de santé primaires ont obtenu des *scores* inférieurs, par rapport à ceux issus d'un contexte différent. D'un autre côté, les spécialistes en soins infirmiers de réadaptation des unités de soins de longue durée ont présenté des *scores* plus faibles en ce qui concerne la performance émotionnelle. Les spécialistes en soins infirmiers de réadaptation masculins sont plus actifs ($p < 0,010$) et présentent des *scores* supérieurs en ce qui concerne la fonction physique de la qualité de vie ($p = 0,002$). Aucune différence liée à l'âge n'a pu être observée, chez les spécialistes en soins infirmiers de réadaptation, quant à l'activité physique et à la qualité de vie. Finalement, lorsqu'il s'agit des composantes physiques et mentales, on doit mettre en évidence une corrélation positive entre le *score* total d'activité physique et celui de qualité de vie ($0,191 > r < 0,214$; $p < 0,005$).

La pratique d'activité physique chez les spécialistes en soins infirmiers de réadaptation est plutôt répandue, en particulier chez les hommes. La performance

émotionnelle et la fonction physique de la qualité de vie varient selon le contexte d'emploi. Cette étude sur les spécialistes en soins infirmiers de réadaptation arrive à prouver qu'il y a un rapport bien positif entre l'activité physique et la qualité de vie.

Les mots clef : activité physique, qualité de vie, spécialiste en soins infirmiers de réadaptation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSM – American College of Sports Medicine

AF – Atividade Física

AF-desporto- Desporto nas horas de lazer

AF-lazer – Atividade Física nas horas de lazer que não o desporto

Cuid. SP – Cuidados de Saúde Primários

DAC – Doença arterial coronária

DNTs – Doenças não transmissíveis

DP – Desvio Padrão

EC – European Commission

EEER – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

HbA1c – Hemoglobina glicosilada

Hosp. – Contexto Hospitalar

HPAQ – *Habitual Physical Activity Questionnaire*

i.e. – Por exemplo

IDNR – Número de Identificação

INS – Inquérito Nacional de Saúde

M – Média

Med. – Mediana

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MET – Estimativa do Equivalente Metabólico

mg/dl – Miligramas por decilitro

mph – Milhas por hora

n – Amostra

O₂/Kg/min – Oxigénio por quilograma por minuto

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de Significância

PNPAF – Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNSOC – Programa Nacional de Saúde Ocupacional Extensão 2018- 2020

QoL – Qualidade de Vida

RAM – Região Autónoma da Madeira

Red. RCC – Rede Regional de Cuidados Continuados

SESARAM, EPE – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SF-36 – *Medical Outcome Study 36-Item Short Form*

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Un. Int. LD – Unidade de Internamento de Longa Duração

USDHHS – US Department of Health and Human Services

VO2 max – Percentagem da Capacidade Aeróbica

WHO – World Health Organization

WHOQoL – World Health Organization Quality of Life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1.Atividade física.....	25
1.1.1. Tipos de atividade física	26
1.1.2. Consequências da inatividade física	28
1.1.3. Benefícios da atividade física.....	29
1.1.4. Avaliação da atividade física	34
1.1.5. Recomendações para a prática da atividade física	36
1.2. Qualidade de vida	37
1.3. Associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida.	38
2. METODOLOGIA	48
2.1. Desenho do Estudo.....	48
2.2. Amostra.....	48
2.3. Variáveis em estudo	49
2.4. Instrumentos de recolha de dados	49
2.4.1. Questionário de atividade física habitual de Baecke.....	49
2.4.2. Questionário de qualidade de vida (SF-36).....	50
2.5. Procedimento de Recolha de dados	52
2.6. Tratamento e Análise de Dados	53
2.7. Divulgação de Resultados.....	54
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	55
3.1. Correlação entre atividade física e qualidade de vida	60
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	61
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	i
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO	iii
ANEXO B - DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES	xv
ANEXO C - CONSENTIMENTO INFORMADO	xix
APÊNDICES	xxi

APÊNDICE A - HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (HPAQ)	xxiii
APÊNDICE B - MEDICAL OUTCOME STUDY 36-ITEM SHORT FORM (SF36)	xxv
APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (HPAQ).....	xxix
APÊNDICE D - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA	xxx

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Associação entre Atividade Física e Qualidade de Vida nos estudos incluídos na revisão de literatura.....	40
Tabela 2- Distribuição dos EEER pelo contexto de prática.....	55
Tabela 3- Valores medianos de atividade física e qualidade de vida em função dos 4 contextos da prática: Hospitalar; Unidade de Internamento de Longa Duração; Rede Regional de Cuidados Continuados; Cuidados de Saúde Primários.....	57
Tabela 4- Valores médios de atividade física e qualidade de vida em função do género dos Enfermeiros.....	58
Tabela 5- Valores medianos de atividade física e qualidade de vida em função dos intervalos etários: 25-34 anos; 35-44 anos; 45-54 anos; 55-64 anos.....	59
Tabela 6- Valores médios das componentes da QoL (Física e Mental) em função do nível de atividade física.	59
Tabela 7- Correlações entre a atividade física e a qualidade de vida em enfermeiros de reabilitação.....	60

INTRODUÇÃO

O incumprimento das recomendações gerais para atividade física (AF) é, atualmente, uma das principais preocupações dos organismos com responsabilidade na saúde pública. Existe um extenso corpo de conhecimento que comprova as inúmeras consequências para a saúde da falta de AF, entre as quais o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis (DNTs). Entre as DNTs, as mais estudadas são as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro, e os seus fatores de risco (i.e., a pressão arterial, o aumento da glicose sanguínea e o excesso de peso). Estima-se que a falta de AF é responsável pelo aumento de 20 a 30% do risco de desenvolver patologias como o cancro, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, e a diabetes a nível mundial. Contribui ainda para a diminuição da esperança média de vida entre três e cinco anos (*World Health Organization* [WHO], 2020). Além disso, as DNTs representam atualmente quase 50% das doenças mundiais, estimando-se que a cada 10 mortes, 6 são atribuíveis a condições não transmissíveis. Neste contexto, a falta de AF tem sido identificada como o quarto fator de risco que contribui para a mortalidade global, sendo responsável por 6% das mortes, seguindo-se o tabagismo (9%) e a hipertensão arterial (13%) (WHO, 2010).

Embora esteja bem fundamentado os efeitos negativos da falta de AF na saúde das pessoas, um em cada quatro adultos, e três em cada quatro adolescentes (com idade entre os 11 e 17 anos) não cumprem as recomendações globais definidas pela OMS para a AF (WHO, 2018). A realidade europeia não difere, sendo que de acordo com um estudo realizado pela Comissão Europeia entre 2 a 11 de dezembro de 2017 nos seus 28 estados membros, a proporção de europeus que referiu nunca praticar AF foi de 46%. Continuamente, 7% mencionaram praticar AF com regularidade, 33% com alguma regularidade, e 14% raramente o fazer (*European Commission* [EC], 2017)

Tal como na Europa, em Portugal os dados são alarmantes, observando-se que o nível de AF tem vindo a diminuir entre os portugueses. A percentagem de ativos em 2009 era de 9% (EC, 2010), caindo para 8% em 2013 (EC, 2014) e para 5% em 2017 (EC, 2017). Em oposição, os que raramente ou nunca praticam subiu de 66% em 2009 (EC, 2010), para 72% em 2013 (EC, 2014) e para 74% em 2017 (EC, 2017). Ainda assim, a média (M) europeia dos fisicamente ativos mantém-se desde 2009 nos 60%, o que é muito superior ao observado em Portugal (EC, 2017).

O aumento dos níveis de AF é uma das mudanças no estilo de vida que acarreta grandes benefícios para a saúde das pessoas. A prática regular é importante para a prevenção de DNTs, e promove benefícios físicos e psicológicos aos indivíduos de diferentes grupos etários (Pucci, Fermino & Reis, 2012; Vagetti et al., 2014; Krzepota, Sadowska & Biernat, 2018). Deste modo, a prática de AF não só contribui para a prevenção de doenças crônicas, como também tem sido associada a uma melhor qualidade de vida (QoL) relacionada com a saúde física e mental (WHO, 2018 & *U.S. Department of Health and Human Services* [USDHHS], 2018).

A QoL é um termo multidimensional que pode ser caracterizado em cinco dimensões: a saúde física, o bem-estar material, o bem-estar social, o bem-estar emocional e o desenvolvimento e atividade (WHO, 1995). Pela sua subjetividade o conceito varia de autor para autor, é dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das expectativas de vida de cada pessoa (Vecchia, Bocchi, & Corrente, 2005). Nesta linha de pensamento, parece-nos fundamental estudar entre os determinantes que influenciam a QoL, o nível de AF, que é um comportamento modificável. A literatura tem evidenciado que em adultos em idade ativa (Puciato, Rozpara & Borysiuk, 2018), adultos jovens (Luz, 2015), idosos (Aleixo, 2013; Silva, Batista, Goulart & Lanferdini, 2012) e grávidas (Krzepota et al., 2018), existe uma relação positiva entre a AF e a QoL, ou seja, aqueles que apresentaram melhores níveis de AF também reportaram uma melhor QoL.

Apesar desta associação, alguns autores referem a necessidade de investigação mais aprofundada sobre a relação entre estes conceitos. No estudo de Pucci et al. (2012), os autores mencionam que apesar de existir uma associação entre os fisicamente mais ativos com melhores níveis nos domínios da QoL, deverão existir, no entanto, mais estudos, principalmente em países de médio e baixo desenvolvimento. Por sua vez, Vagetti et al. (2014) e Jun et al. (2019) também referem que existe uma relação entre a AF e a QoL, porém são necessários mais estudos sobre o impacto da frequência e intensidade da AF nos vários domínios de QoL para se compreender melhor a relação dose- resposta entre estas duas variáveis. Do nosso conhecimento, não existem estudos que tenham abordado as associações entre os níveis de AF e a percepção da QoL com particular enfoque no grupo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER). Estes profissionais para além das competências de enfermeiro de cuidados gerais, desempenham competências acrescidas inerentes à sua área de especialidade, as quais visam melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação das pessoas, e preservação da sua autoestima

(Regulamento nº 392/2019). Estas competências fazem com que, pelo seu vasto conhecimento, estes enfermeiros desempenhem funções fulcrais no processo de capacitação, adaptação e aceitação do cliente à sua realidade. Por outro lado, os esquemas terapêuticos em reabilitação são na sua maioria das vezes exigentes, quer do ponto de vista físico quer mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a avaliação da QoL nos grupos de clientes crónicos e respetivos familiares, bem como nos profissionais que trabalham com estas pessoas (Frade, 2010). Tendo em consideração as funções anteriormente mencionadas pelos EEER, este grupo de profissionais está mais sujeito às vulnerabilidades dos clientes, carga emocional e física, e podem ser, mais facilmente, influenciados pelas frustrações e desejos dos seus clientes face à sua condição de saúde.

Reforçando a necessidade deste estudo para a enfermagem de reabilitação da Região Autónoma da Madeira (RAM), a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006) definiu como eixo prioritário de investigação a realização de estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão e liderança, assim como de organização do trabalho que favoreçam contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados. Para além do mencionado, a AF regular pode contribuir muito para a melhoria da aptidão física, desempenho, redução do risco de incidência de algumas doenças ocupacionais, e como consequência melhoria geral da QoL em termos de estado de saúde (Puciato et al., 2018).

Tendo em conta a relevância desta temática para a enfermagem de reabilitação, o presente estudo teve como objetivos os seguintes: (1) caracterizar o nível de AF e de QoL dos EEER da RAM que fazem parte do Serviço Regional de Saúde considerando o contexto de prática laboral; (2) investigar a associação entre a AF e a QoL dos EEER na RAM controlando as variáveis género e idade; e (3) investigar as associações entre a AF e a QoL.

Por forma a dar resposta aos objetivos estipulados, desenvolveu-se um estudo de caracterização da população de EEER na RAM de natureza transversal, quantitativo, que cobriu todos os concelhos da RAM. No que respeita às hipóteses formuladas, e tendo em consideração a revisão da literatura efetuada, foram consideradas as seguintes: (1) Os EEER com um nível superior de AF reportam melhores níveis de QoL relacionada com a saúde física e mental, comparativamente àqueles com níveis mais baixos de AF; (2) Os valores da AF e da QoL variam em função do contexto de prática laboral onde os EEER operam; (3) Os valores da AF e da QoL variam em função do género dos EEER; e (4) Os valores da AF e da QoL variam em função da idade dos EEER.

O presente estudo está inserido num projeto mais amplo denominado “Enfermagem de Reabilitação na RAM: um estudo de caracterização”, o qual foi desenvolvido no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) 2018-2019, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Este projeto contemplou uma recolha de dados comum entre os mestrandos deste curso, com início a 05/06/2019 e fim a 21/06/2019.

Esta dissertação está organizada em capítulos, iniciando-se com a introdução onde é apresentada a pertinência da temática em estudo, a justificação da necessidade em desenvolver este estudo entre os EEER, os objetivos e as hipóteses. No ponto 1 é apresentado o enquadramento teórico onde são definidos os conceitos centrais em estudo, bem como as associações entre as variáveis. Por sua vez, no ponto 2 encontra-se a metodologia, na qual se define o desenho do estudo, a amostra, as variáveis em estudo, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha e tratamento de dados, e método de divulgação dos resultados. O terceiro capítulo engloba a apresentação e análise dos resultados, assim como as correlações entre a AF e a QoL. Seguidamente o ponto 4 na qual é feita a discussão de resultados com base na revisão de literatura. Terminamos com a conclusão, a qual inclui um breve resumo dos resultados obtidos, as limitações e pontos fortes do estudo, e ainda, possíveis sugestões de promoção de AF a implementar pela entidade empregadora.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste tópico será definida a AF, os seus benefícios e implicações na saúde, as recomendações, as metodologias de avaliação, e os fatores determinantes. Do mesmo modo serão definidos o conceito de QoL relacionada com a saúde e as diferentes metodologias de avaliação, e por fim será abordada a relação entre a AF e a QoL por forma a demonstrar a importância da realização deste estudo na população de EEER da RAM.

1.1. Atividade física

Nos últimos 10 anos o número de estudos publicados sobre a temática da AF e saúde tem vindo a aumentar, devido ao crescente interesse científico na área, ao desenvolvimento de tecnologia mais fiável na avaliação e consequentemente ao maior aprofundamento do conhecimento sobre as relações da AF (USDHHS, 2018).

Contudo, a WHO (2018) menciona que o progresso global para aumentar os níveis de AF tem sido moroso, em grande parte pela falta de consciência e investimento. Como consequência, a nível global um em cada quatro adultos, e três em cada quatro adolescentes não cumprem as recomendações globais definidos por esta organização de saúde. Segundo a mesma fonte, os níveis de AF poderão estar também relacionados com o desenvolvimento socioeconómico dos países, pelo que nos países com maior desenvolvimento, os níveis de inatividade aumentam. Assim, em alguns países, os níveis de inatividade atingem os 70%, o que está relacionado com as mudanças nos padrões de transportes, maior uso de tecnologia e urbanização. Adicionalmente, outros fatores que afetam o nível de AF são os valores culturais, onde na maior parte dos países, as crianças e adultos do género feminino, idosos, grupos desprivilegiados e pessoas com deficiência e doenças crónicas, têm menores oportunidades de envolverem-se em programas de AF, bem como a lugares em que se possa praticar.

Embora o termo AF e exercício físico sejam frequentemente utilizados sem distinção, a sua definição é conceptualmente diferente. A AF é definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos que implica gasto energético acima do nível basal, e inclui todas as atividades da vida diária, como aquelas realizadas no trabalho, desporto, tarefas domésticas ou de lazer (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). O exercício físico é por sua vez um tipo de atividade física mais

específica, que pode ser considerado uma subcategoria, na medida em que compreende uma atividade planejada e realizada de forma repetitiva e estruturada, com objetivo da melhoria da condição física (*American College of Sport Medicine [ACSM]*, 2017).

Segundo Almeida e Ribeiro (2013), o termo desporto é também associado frequentemente à AF e ao exercício físico, o que necessita igualmente de uma definição consensual. Tendo isto, os autores consideraram no seu trabalho que o desporto pode incluir uma atividade mais organizada e regulamentada, orientada ou não para a competição e, ainda, atividades desportivas de cariz mais informal, realizadas de forma programada e regular. Deram então uma visão mais ampla do desporto, enquanto atividade humana o qual pode ser realizado por toda a população, e não restrito a uma atividade social institucionalizada e orientada para a competição.

Para além dos conceitos já definidos alusivos à AF, importa descrever o que é um comportamento sedentário. De acordo com Bauman et al (2018), é um comportamento em que existe um dispêndio de energia igual ou inferior a 1,5 ou menos MET (Equivalente Metabólico). São exemplos a maior parte dos trabalhos de escritório, estar sentado na secretária da escola, conduzir um carro e assistir televisão.

1.1.1. Tipos de atividade física

A AF é um conceito geral, no entanto atividades tais como andar, bicicleta, tai chi, boccia, jardinagem e aspiração são exemplos de atividades específicas. Existem inúmeros conceitos associados à AF, desde atividades aeróbicas, anaeróbicas, atividades de fortalecimento muscular, fortalecimento ósseo, treino de equilíbrio, treino de flexibilidade e o yoga, tai chi e chi kung. Estas atividades produzem efeitos diferenciados nos diversos sistemas. A AF aeróbica inclui formas de atividade que são intensas e realizadas por tempo suficiente para manter ou melhorar a aptidão cardiorrespiratória de um indivíduo. Atividades tais como caminhar, basquetebol, futebol ou dança exigem por norma grandes grupos musculares. É um tipo de atividade que usa apenas a via metabólica com recurso ao oxigénio, podendo ser continuada por mais de alguns minutos. Por outro lado, temos a AF anaeróbica, a qual contrariamente corresponde às atividades de alta intensidade que excede a capacidade do sistema cardiovascular em fornecer oxigénio às células musculares pelas vias recorrentes de consumo de oxigénio. Esta atividade pode ser mantida por apenas dois a três minutos, sendo exemplos, o levantamento de pesos e as corridas de curtas distâncias (USDHHS, 2018).

De acordo com o Suchomel & Stone (2016) o fortalecimento muscular é uma atividade definida como a habilidade de exercer força e resistência perante um objeto. Visa manter ou melhorar a força muscular, resistência ou potência, a partir de atividades que fazem com que os músculos saiam da sua zona de conforto, os quais incluem comportamentos quotidianos como transportar objetos pesados, segurar crianças ao colo ou subir escadas, assim como utilizar equipamentos para exercícios tais como aparelhos de musculação, pesos livres ou elásticos USDHHS (2018).

O treino de equilíbrio, de acordo com USDHHS (2018) é obtido a partir de movimentos que desafiam o controlo postural, e quando praticados regularmente melhoram a capacidade de resistir a forças intrínsecas ou ambientais que causam quedas, seja andando ou estando de pé. De pé sobre um pé, andar de um lado para outro, andar com equilíbrio e usar uma prancha de equilíbrio são exemplos de atividade de treino de equilíbrio. A flexibilidade é outro tipo de AF também denominado comumente de alongamento, o qual melhora o alcance e a facilidade do movimento em torno de uma articulação. Alongamentos dinâmicos, como os movimentos do tai chi, chi kung e yoga são exemplos de treino de flexibilidade. Estas últimas atividades mencionadas, cujas origens são ocidentais, normalmente combinam o fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, atividade aeróbica de intensidade leve e flexibilidade. Algumas variações do yoga, tai chi e chi kung enfatizam o relaxamento, a meditação e espiritualidade, razão pela qual são por vezes chamadas atividades de mente-corpo.

Complementarmente, a WHO (2010) cita quatro tipos de AF: aeróbica, força muscular, flexibilidade e equilíbrio. Em destaque está a AF aeróbia e de força muscular como as mais benéficas para a saúde. A quantidade, volume de AF aeróbica realizada é expressa a partir da intensidade com que é realizada, duração e frequência. O número de vezes ou sessões pode ser definido por diferentes períodos, no entanto a frequência semanal é a mais utilizada. A duração por sua vez é medida em minutos de cada sessão de atividade, e a intensidade é dada pela magnitude do esforço necessário para realizar a atividade.

Deste modo, a AF ocorre ao longo do dia com uma variedade de finalidades e de diferentes formas, sendo que todos os adultos devem evitar a inatividade por longos períodos, na medida em que realizar alguma AF é sempre mais benéfico do que não realizar nenhuma (Santos, Vale, Ferreira, Raimundo & Moreira, 2010). Assim, AF que não a de lazer, como atividades relacionadas com transporte, ir de bicicleta para o trabalho são reconhecidas como opções de promoção da AF (USDHHS, 2018).

A AF pode ser agrupada de diversas formas, no entanto USDHHS (2018) agrupa em quatro categorias, que são: AF ocupacional, AF como meio de transporte, AF doméstica e AF de lazer. A primeira diz respeito às atividades desenvolvidas no local de trabalho, desde abastecer as prateleiras numa loja, entregar pacotes num escritório, preparar ou servir refeições num restaurante e carregar ferramentas com as mãos. Por sua vez a AF como meio de transporte refere-se ao deslocar-se de um lugar para outro, sendo exemplos caminhar ou andar de bicicleta de e para o trabalho, escola, centros de transporte ou centros comerciais. A AF doméstica, como o próprio nome indica, representa toda a atividade que é feita dentro ou ao redor do domicílio de uma pessoa, incluindo tarefas domésticas como cozinhar, limpar, reparações e jardinagem. Finalmente, a AF de lazer diz respeito à atividade executada quando o indivíduo não está a trabalhar.

1.1.2. Consequências da inatividade física

A nível global a inatividade física é o quarto fator de risco, contribuindo para 6% do total de mortes a nível mundial e ainda para 21 a 25% das mortes por cancro da mama e do cólon, 27% dos diabetes, e aproximadamente 30% das doenças isquémicas do miocárdio WHO (2020).

Diversos estudos têm comprovado que o não cumprimento das recomendações internacionais da AF, acarretam consequências diretas para a sociedade, na medida em que a inatividade física é responsável pelo surgimento e agravamento de patologias, e abarca consequências indiretas na medida em que contribui para o absentismo ou diminuição da produtividade devido à condição de saúde. Neste trâmite, é estimado que num país de 10 milhões de habitantes, na qual apenas metade desta população seja suficientemente ativa, o custo anual associado à inatividade física é de aproximadamente 900 milhões de euros. Por cada cidadão europeu a estimativa é de um gasto de 150-300 euros por ano por cada cidadão Europeu inativo (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

Em Portugal, aproximadamente 14% das mortes por ano estão associadas à inatividade física, ultrapassando a média mundial de 10% (*Global Observatory for Physical Activity*, 2016), e abaixo da diabetes tipo II, cancro da mama e coloretal, depressão e queda (Lee et al., 2012; Ding et al., 2016).

1.1.3. Benefícios da atividade física

Os benefícios da AF regular, segundo Puciato & Rorysiuk (2018), têm sido bem documentados, incluem a melhoria da aptidão física, a redução do risco e prevalência de doenças tais como a atrofia muscular, sarcopenia, osteoporose, diabetes tipo II, obesidade, hipertensão arterial, doença coronária, e alguns tipos de cancro. Para além destas doenças, os estudos constataram efeitos positivos da AF sobre a saúde mental, tais como alívio dos níveis de stress, da autoestima, melhoria do sono, e ainda redução dos níveis de ansiedade e depressão. Neste sentido, segue abaixo alguns estudos, os quais confirmam o efeito positivo da AF no combate a algumas patologias.

De acordo com Ding et al. (2016) a AF contribui para a diminuição do risco de desenvolver patologias, 4% para as doenças coronárias, 4,5% para as doenças cerebrovasculares, 4,9% para a diabetes tipo II, 7,1% o cancro da mama, 7,0% o cancro retal, e 6,4% a mortalidade em geral.

Por sua vez, Sluik et al. (2012) refere que AF de intensidade moderada a vigorosa é altamente recomendada para prevenir a diabetes tipo II, alguns tipos de cancro, e para melhorar a QoL. Da mesma forma, Jun et al. (2019) menciona que AF com a intensidade já referida, é recomendada para prevenir doenças cardiovasculares. A esperança de vida pode aumentar, com a realização de AF regular, ou seja, 20- 25 minutos por dia de AF moderada (Arem, et al., 2015), sendo que a AF apresenta uma relação dose- resposta com todas as causas de mortalidade e doenças cardiovasculares (Haskell et al., 2007; Makar & Siabrenko, 2018). Além disso, a AF ajuda a combater a depressão (Byrne & Byrne, 1993; Blake, Mo, Malik, & Thomas, 2009), transtornos de ansiedade, e outras disfunções do humor (Ho et al., 2020). A AF ao longo do ciclo de vida é também fundamental, atuando preventivamente na prevenção das doenças neurodegenerativas, particularmente no Alzheimer (Li, Connor, Dwyer, & Orr, 2016).

A atrofia muscular e a sarcopenia caracterizam-se pela perda de massa muscular e força, influenciando negativamente a realização das tarefas diárias, e consequentemente redução da QoL (Jentoft et al., 2010). Exercícios de resistência são fundamentais para a manutenção e incremento de massa muscular e força, promovendo alterações nas mitocôndrias e redução do stress oxidativo nos adultos. Por sua vez, exercícios aeróbios são fulcrais para o sistema musculoesquelético, incremento da sensibilidade à insulina, e igualmente redução do stress oxidativo (Forbes, Little, & Candow, 2012).

No que respeita à osteoporose, que é considerado um grave problema de saúde pública a nível mundial, uma vez que uma em cada duas mulheres com 50 anos, assim como um em cada cinco homens desta mesma idade, apresenta uma fratura de causa osteoporótica ao longo da sua vida (Kanis, Odén, Johansson, Wahl, & Cooper, 2012). Com o aumento da AF, o risco de fraturas diminui entre 11 a 40% (Cauley & Giangregorio, 2020), sendo que os exercícios de fortalecimento muscular supracitados contribuem também para alterações da composição mineral, tornando os ossos menos propensos a fraturas (Suchomel & Stone, 2016).

De acordo com Alghafri et al. (2017) a inatividade física é estimada como uma das principais causas do aparecimento da diabetes mellitus (27%), e de doença cardíaca isquémica (30%). Outro fator de risco determinante é a posição de sentado durante o trabalho, 8h por dia, pelo que aumenta o risco de mortalidade. A realização de 150 minutos de AF nas pessoas com esta patologia irá promover o aumento da sensibilidade à insulina, os níveis de glicose no sangue e diminuição da percentagem de massa gorda responsável pela incidência e prevalência da doença cardíaca. Em complementaridade, a AF induz alterações benéficas nos portadores de diabetes, nomeadamente nos níveis de glicose e da hemoglobina glicosilada (HbA1c). Boniol, Dragomir, Autier e Boyle (2017), executaram uma revisão sistemática da literatura, a qual incluiu 125 estudos, em que 105 mencionaram que 100 min de AF por semana estavam associados a uma diminuição média de menos 2,75 mg/dl (miligramas por decilitro) dos níveis de glicose sanguínea nas pessoas com risco de diabetes, e 4,71 mg/dl nas pessoas já diagnosticadas com diabetes tipo II. Por sua vez, em 76 estudos constataram que com 100 minutos em média de AF os valores analíticos da HbA1c reduziam em 14% nas pessoas de risco, e 16% nos portadores de diabetes tipo II.

O estudo longitudinal desenvolvido por Halldin, Lissner, Lernfelt, & Bjorkelund (2020), incluiu 1749 mulheres em Gotemburgo, Suécia, com o propósito de avaliar a influência dos níveis de AF e do índice de massa corporal no risco de desenvolver insuficiência cardíaca. Os autores concluíram que as mulheres que apresentaram elevados níveis de AF durante os anos de 1968 e 1980, 1980 e 1992, reduziram o risco de insuficiência cardíaca comparativamente às não ativas. Neste mesmo estudo as mulheres que aumentaram os seus níveis de AF entre 1980 a 1992 reduziram igualmente o risco de insuficiência cardíaca relativamente às inativas. O aumento do índice de massa corporal dos que apresentaram sobrepeso entre 1968 e 1980, associou-se ao aumento previsível da insuficiência cardíaca. Concluíram os autores que a AF previne a obesidade. Um outro estudo realizado em Andaluzia por Hernández-Reyes et al. (2019), concluiu que a

percentagem de massa gorda em mulheres que praticam AF intensa é menor ($\beta = -0,436$), quando comparada às que praticam AF de intensidade moderada ($\beta = -0,235$).

Segundo Ruivo e Alcântara (2012), a redução da tensão arterial obtém-se minutos ou horas após a prática da AF, pelo chamado efeito de hipotensão pós exercício em pessoas hipertensas e pré-hipertensas. Nas pessoas normotensas também é verificado, no entanto o seu efeito é mais facilmente observado nos referidos anteriormente, uma vez que já são portadores da patologia. A diminuição da tensão arterial pode durar aproximadamente 22 horas após o exercício, sendo que o mecanismo responsável se prende com a inibição da atividade simpática (noradrenalina), a redução de angiotensina II, adenosina e endotelina circulantes, e dos seus recetores no sistema nervoso central os quais favorecem a redução da resposta venosa periférica e aumenta a sensibilidade barorreflexa. O efeito vasodilatador das prostaglandinas e óxido nítrico libertados durante a prática da AF também contribui parcialmente para este mecanismo fisiopatológico.

Na mesma linha de pensamento, Sttelmair, Pertman e Forman (2009), indicam que a AF tem múltiplos efeitos, diretos e indiretos na função cardíaca. Os benefícios vasculares passam por uma redução da pós-carga cardíaca, prevenindo a hipertrofia e apoptose do músculo cardíaco inerentes à idade, e melhoria do mecanismo dos miócitos. Uma melhoria do funcionamento dos miócitos vai facilitar a diástole ventricular, que consequentemente melhora o débito cardíaco. Outros benefícios intrínsecos passam pela redução da aterosclerose mediada pelo efeito anti-inflamatório inerente à AF, assim como menor probabilidade de arritmia pela melhoria do automatismo cardíaco.

No estudo de Kwaśniewska et al. (2016), realizado em 101 homens assintomáticos, ao longo de 25 anos (média de idade 59,9 anos), comparou três coortes em termos de idade e características clínicas. No *follow-up*, o coorte com níveis elevados de AF de lazer (2050-3840 kcal/semana) apresentou uma concentração significativa mais baixa de Proteína C-Reativa, Lipoproteínas de Baixa Densidade Oxidada (68.35 ± 67.7 ng/mL), Leptina (4.71 ± 3.07 ng/mL) e Irisina (0.47 ± 0.13 μ mol/L), sendo este grupo o que obteve os melhores índices de aterosclerose e função endotelial, comparativamente aos outros grupos ($p < 0,05$).

De acordo com Vargas e Rosas (2019) para determinar os efeitos da AF aeróbica na hipertensão arterial, foi realizado um estudo experimental controlado a 50 adultos com idades compreendidas entre os 65 e os 72 anos, durante 6 meses, com diagnóstico de hipertensão e que realizavam AF três vezes por semana. Deste estudo conclui-se que a AF produz efeitos positivos, nomeadamente, a nível do controle da tensão arterial, promovendo a redução da PAS em $-6,43$ mmHg $p < 0,001$ e PAD em $6,14$ mmHg, $p < 0,001$. Ainda neste

estudo, os autores também verificaram uma diminuição do risco cardiovascular, reduzindo o IMC em 2,99 Kg/m². $p < 0,001$.

No que concerne ao efeito da AF na QoL em pessoas com cancro, o estudo realizado por Ho et al. (2020) com 223 participantes, sobreviventes de cancro, 1 ano após os tratamentos foram randomizados em quatro grupos: o grupo A que foi submetido a dieta específica e AF (n=55); o grupo B sujeito apenas a dieta (n= 56); o grupo C apenas a AF (n=56), e o grupo D o qual recebeu apenas os cuidados usuais (n=56). Verificou-se que os participantes que foram submetidos ao programa de AF apresentaram melhores resultados no SF-6D e no SF- 12, comparativamente aos que não receberam AF durante os seis meses. O cancro colorretal é o terceiro mais comum nos homens, e o segundo nas mulheres a nível mundial, com 1.8 milhões de novos casos no ano de 2018 (American Institute for Cancer, 2019). O tratamento deste tipo de cancro, à semelhança dos restantes, tem um impacto na QoL e na saúde mental dos sobreviventes, os quais reportam necessitar de apoio na sua saúde mental, altos níveis de ansiedade e depressão (Richardson, 2008, Elliott et al., 2011).

De acordo com Kang et al. (2018), há evidência de uma associação entre AF com o bem estar de pacientes sobreviventes do cancro e diminuição das comorbilidades. O propósito do estudo foi analisar a associação entre AF e os fatores de risco e comorbilidades pós-cancro numa amostra de coreanos. Este estudo inclui 1225 sobreviventes pós cancro, em que os que praticavam AF comparativamente aos que não fazem qualquer tipo de AF, têm níveis de glucose mais baixos ($p=0,001$), HbA1c ($p=0,006$), pressão sistólica ($p=0,001$). Também é possível constatar que outra das consequências associadas à população em estudo são as doenças musculoesqueléticas nomeadamente nas articulações e lombalgias, em que é possível diminuir a incidência e comorbilidade associada através da AF com exercícios de alongamento.

No seguimento dos artigos e complementando os estudos que denotam a importância da AF na promoção primária, secundária e terciária de algumas patologias, Thompson, Funk, Carleton, e Sturmer, (1982), Kesaniemi et al., (2001) e Nelson et al., (2007), mencionam os seguintes benefícios:

- Melhoria na função cardiovascular e respiratória: aumento da captação máxima de oxigénio, resultante da captação central e adaptações periféricas; Diminuição da ventilação por minuto a uma dada intensidade submáxima absoluta; Diminuição do dispêndio dos níveis de oxigénio no miocárdio para um dado submáximo absoluto de intensidade; Diminuição da frequência cardíaca e da pressão sanguínea para uma dada intensidade

submáxima; Aumento da densidade capilar no músculo esquelético; Aumento do limiar de exercício para a acumulação de ácido láctico no sangue; Aumento do limiar de exercício para o aparecimento de sinais ou sintomas de doença (por exemplo, angina de peito, isquemia por depressão do segmento ST, claudicação);

- Redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares: Redução da pressão sistólica / diastólica em repouso; Aumento do nível sérico da lipoproteína de alta densidade, colesterol, e diminuição dos triglicerídeos; Redução da gordura corporal total e da gordura intra-abdominal; Melhor tolerância à glicose, pela redução das necessidades de insulina; Redução da adesão e agregação plaquetária; Diminuição da inflamação;
- Diminuição da morbidade e mortalidade: Maior atividade e / ou níveis de condicionamento físico estão associados a menores taxas de mortalidade por doença arterial coronária (DAC); Maior atividade e / ou níveis de aptidão maiores estão associados a menor incidência das taxas de doença cardiovascular, DAC, acidente vascular cerebral e diabetes mellitus tipo II; síndrome metabólica, fraturas de causa osteoporótica, cancro do cólon e mama, e doença da vesícula biliar; Com base em meta análises, as doenças cardiovasculares e todas as causas de mortalidade são inferiores nos pacientes que já apresentaram um enfarte do miocárdio, os quais participaram nos programas de exercícios de treino de reabilitação cardiovascular, pela redução multifatorial dos fatores de risco (Nota: ensaios clínicos randomizados de exercícios de treino de reabilitação cardíaca envolvendo pacientes pós-enfarte do miocárdio não suportam a redução a taxa de reincidência de enfarte não fatal).
- Outros benefícios: Diminuição da ansiedade e depressão; Melhoria da função cognitiva; Melhoria da função física independente do estilo de vida, e de serem indivíduos mais velhos; Melhoria da sensação de bem-estar; Melhor desempenho laboral, em atividades recreativas e desportivas; Redução do risco, e lesões associadas a quedas em indivíduos mais velhos; Prevenção ou diminuição de limitações funcionais; Terapia eficaz para controlo de doenças crónicas

Para além dos benefícios mencionados, e sabendo que a AF traz benefícios a longo e médio prazo, importa reforçar que a AF é tão imprescindível para a saúde das pessoas, que com uma única AF moderada a vigorosa alguns benefícios surgem de imediato. É o caso da redução da pressão arterial, melhoria da sensibilidade à insulina, melhoria do sono, redução dos sintomas de ansiedade e melhoria da cognição no dia em que for realizada a AF. Outros benefícios são a redução do risco de doenças e melhoria da função física após alguns dias ou semanas depois da adoção de uma nova rotina de AF (USDHHS, 2018).

1.1.4. Avaliação da atividade física

Dadas as diferentes formas que AF pode assumir a sua medição é complexa. É por este fato que a escolha do método a utilizar vai depender do tipo de estudo, da amostra, do orçamento, fatores culturais, sociais, ambientais e a dimensão ou dimensões da AF de maior interesse (Mendes, 2014).

Tendo em conta o mencionado, os métodos de avaliação do nível de AF podem ser divididos em dois grandes grupos, sendo as medidas de autorrelato ou subjetivas e as medidas objetivas. Fazem parte das medidas subjetivas os questionários, e as medidas objetivas os sensores de movimento como acelerómetros e pedómetros, monitores de frequência cardíaca. Neste estudo optou-se por utilizar o *Habitual Physical Activity Questionnaire* (HPAQ) para avaliar o nível de AF, por ser de rápida aplicação, tendo em conta ao tempo de colheita estipulado e a amostra a avaliar (Apêndice A)

Quando falamos numa AF programada e organizada existem importantes princípios que ajudam a criar e a definir o plano de exercício para que este seja efetivo. A frequência, a intensidade, o tempo e o tipo são os 4 elementos que permitem monitorizar o programa de exercício. De acordo com o USDHHS (2018), a intensidade pode ser mensurada a partir da intensidade absoluta, que se refere à taxa de gasto de energia necessária para realizar qualquer AF, a qual pode ser medida pelo MET, quilocalorias, joules ou consumo de oxigénio. A unidade de medida mais comum é o MET, no qual um MET corresponde à taxa de gasto energético enquanto se está sentado em repouso, sendo de aproximadamente 3,5 mililitros por quilograma por minuto para a maioria das pessoas. Os MET são uma unidade de medida que descreve o gasto energético de uma determinada atividade específica, relacionado com o dispêndio energético de repouso (i.e., uma atividade que utilize 2 MET requer o dobro do dispêndio energético exigido em situação de repouso). É definida como a taxa metabólica de repouso, a qual representa a quantidade de oxigénio consumida em repouso e equivale a cerca de 3,5 ml O₂/Kg/min., sendo uma forma fácil e prática de

quantificar o custo energético de cada AF, ou de caracterizar a capacidade funcional de um indivíduo (Ruivo, 2018). Neste contexto as atividades físicas são padronizadas tendo em conta as suas intensidades e estimativas de gasto calórico de atividades físicas quotidianas, de lazer, laborais e desportivas no compêndio proposto por Ainsworth em 1993, atualizado em 2000 e 2011.

Por sua vez, a intensidade relativa (nível de esforço durante a atividade) é utilizada para a população geral de jovens a adultos de meia idade, em que são utilizados os termos atividade leve, moderada e vigorosa para adequar o nível de esforço percebido na realização de uma AF. No caso de indivíduos mais velhos, ou com menor capacidade aeróbica podem referir que uma atividade é mais difícil de realizar, levando a que a taxa absoluta e relativa seja diferente. A intensidade relativa refere-se assim à facilidade ou dificuldade com o qual a pessoa realiza qualquer AF. Tem uma base fisiológica e pode ser descrita pela percentagem da capacidade aeróbica (VO₂max) e pela percentagem da frequência cardíaca máxima. Existem ferramentas as quais podemos medir a intensidade relativa tais como a escala de perceção ao esforço em que 0 é estar sentado e 10 o maior esforço possível, o teste da fala em que durante uma atividade leve as pessoas conseguem cantar, moderada podem falar e durante atividades vigorosas conversar é difícil (*American college of Sports Medicine [ACSM]*, 2018).

Com base no que foi mencionado, o dispêndio de energia é geralmente dividido em quatro categorias. Atividades de intensidade vigorosa são aquelas que requerem 6,0 ou mais MET, tais como caminhar muito rápido (4,5 a 5mph), correr, transportar mantimentos pesados ou outras cargas por escadas, limpar neve manualmente ou participar em aulas de aeróbica. Geralmente os adultos gastam menos de 1% do seu tempo neste tipo de atividades. As atividades de intensidade moderada por sua vez requerem 3,0 a menos de 5,9 MET, sendo exemplos caminhar rapidamente com um propósito (3 a 4 mph), esfregar, aspirar ou varrer um quintal. Atividades de baixa intensidade requerem 1,6 a menos de 3,0 MET, tal como caminhar em ritmo lento ou (3mph ou menos), atividades de culinária ou ficar em pé enquanto digitaliza documentos (Ainsworth et al., 2011; ACSM, 2018; USDHHS, 2018). Por último temos a AF a qual requer 1,0 a 1,5 MET, denominada no passado por atividade sedentária, pelo que toda a AF com dispêndio energético inferior a 1,5 MET encontra-se nesta categoria. São exemplos desta atividade estar sentado ou deitado (Ainsworth, et al., 2011). Estudos baseados em acelerometria realizados nos Estados Unidos mostram que mais de 50% dos adultos passam o seu tempo em AF com um gasto energético de 1,0 a 1,5 MET (Matthews, et al., 2008).

1.1.5. Recomendações para a prática da atividade física

Com o propósito de orientar a população sobre os níveis de AF benéficos para a saúde, foram criadas as recomendações para a AF. O ACSM e a American Heart Association (2007), recomendam que para a promoção da saúde, todos os adultos saudáveis (18-65 anos de idade) necessitam de uma AF aeróbica de intensidade moderada por pelo menos 30 minutos, durante cinco dias na semana ou de uma atividade aeróbica de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos, durante três dias na semana. Estes autores ainda salientam que, combinações de atividade de intensidade moderada e vigorosa podem ser executadas para satisfazer essa recomendação; que atividades aeróbicas de intensidade moderada podem ser realizadas em episódios mínimos de maior ou igual a 10 minutos; que todos os adultos para manter e incrementar força muscular e endurance devem praticar duas ou mais vezes por semana AF muscular; e ainda, que devido à relação dose- resposta entre AF e saúde, os indivíduos que desejam melhorar ainda mais a sua forma física, reduzir o risco de doenças crônicas e incapacidades, e ou prevenir ganho de peso não benéfico para a saúde, podem exceder as recomendações mínimas de AF.

Da mesma forma, a WHO (2018) e a USDHHS (2008 e 2018), mencionam que as recomendações da AF para os adultos são as seguintes: todos os adultos devem evitar a inatividade física, pelo que alguma AF é melhor que nenhuma; Para benefícios substanciais à saúde, os adultos devem fazer pelo menos 150 minutos (2 horas e 30 minutos) por semana de AF de intensidade moderada ou 75 minutos (1 hora e 15 minutos) por semana de exercícios físicos aeróbicos de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente entre atividade aeróbica de intensidade moderada e vigorosa; A Atividade aeróbica deve ser realizada em episódios de pelo menos 10 minutos e, de preferência, deve ser efetuada ao longo da semana; para obter benefícios adicionais e mais extensos à saúde, os adultos devem aumentar sua AF aeróbica para 300 minutos (5 horas) por semana de intensidade moderada ou 150 minutos por semana de atividade aeróbica de intensidade vigorosa, ou ainda uma combinação equivalente entre atividade de intensidade moderada e vigorosa; Para benefícios adicionais de saúde deve ser feito uma prática de AF aeróbica acima das recomendações, e realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou alta e que envolvam todos os principais grupos musculares em dois ou mais dias da semana.

Em resumo, parece consensual que as Organizações de Saúde recomendam a prática de atividade física regular de intensidade moderada a vigorosa na maior parte dos dias da semana. Adicionalmente, as atividades devem ser realizadas com uma duração nunca

inferior a 10 min. As atividades aeróbias e de fortalecimento muscular devem ser privilegiadas neste contexto da saúde.

1.2. Qualidade de vida

A QoL refere-se à forma como os indivíduos subjetivamente percebem os aspetos positivos e negativos da sua vida, os quais incluem fatores físicos e mentais que em conjunto afetam a perceção da satisfação geral. Por esta razão é um conceito multidimensional que inclui os aspetos físicos e psicológicos, o bem-estar, os relacionamentos sociais, estilo de vida e expectativas das pessoas relativamente ao próprio (Lobo et al., 2015; Xiao et al., 2019; Twycross, 2003).

De acordo com o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL) o conceito de QoL tem reconhecido duas competências, sendo uma objetiva ou social que contempla fatores económicos, políticos e ambientais (saúde em geral, nível funcional e socioeconómico) e outra subjetiva ou psicológica que reflete o julgamento pessoal, autoestima, satisfação com a vida e bem-estar (WHOQoL, 1995).

Segundo Santos, Martins e Ferreira (2009) e Vilar e Salgado (2009), a QoL é um termo de difícil operacionalização na medida em que é constituída por múltiplas variáveis que compõem o seu significado. É multidimensional, pois inclui componentes objetivas, como a satisfação das necessidades básicas e a funcionalidade, e componentes subjetivas, tais com o bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

Pela sua dimensão e subjetividade é um conceito dinâmico, o qual se altera com o tempo e as situações vivenciadas, representando-se sobretudo pela perceção individual relativamente à sua posição de vida, tendo em conta a fatores culturais, particularidades do meio ambiente biológico e social (Santos, Martins & Ferreira, 2009).

A WHO (1997) define a QoL como uma perceção individual e posicionamento na vida, ao encontro do contexto cultural e sistema de valores em que está inserido, tendo em conta as suas expectativas, padrões e preocupações. De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986) a QoL deve ser considerada um indicador para a promoção da saúde e bem-estar das populações. Nesta linha de pensamento, os enfermeiros em geral, e os de reabilitação em particular, dedicam-se a prestar o bem-estar às pessoas em situações vulneráveis pelo que devem ser alvo também de uma avaliação da sua QoL. No entanto, muitas vezes estes profissionais negligenciam o seu próprio cuidado de saúde, embora seja conhecido que o autocuidado é essencial para o bem-estar físico, mental e espiritual e equilíbrio que se pode traduzir num indicador para o cuidado do outro (Ferreira et al., 2015).

Neste trâmite, a QoL dos EEER contemplados neste estudo foi avaliada a partir do questionário *Short Form 36* (SF 36), o qual inclui duas componentes, a física e a mental (Apêndice B). Para cada uma destas, estão associadas dimensões, pelo que para a primeira fazem parte o funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e percepção geral de saúde. Para a componente mental as dimensões são a vitalidade, saúde mental, funcionamento social e o desempenho emocional (Ribeiro, 2005).

Segundo já mencionado, o presente estudo pretende caracterizar o nível de AF e QoL, e a associação entre a AF e a QoL dos EEER da RAM. A QoL em estudo está associada à saúde, a qual é obtida a partir do SF – 36, pelo que importa definir os conceitos que estão inerentes. Inicialmente, a OMS em 1941 (Ribeiro, 2005) definia que um indivíduo saudável era aquele que apresentava equilíbrio a nível corporal e mental, bem ajustado ao seu meio físico e social. Era ainda aquele que estava em controlo total dos seus recursos mentais e físicos, adaptava-se às mudanças do meio desde que não excedessem os seus limites normais, e contribuía para o bem-estar da sociedade de acordo com a sua capacidade. A saúde era vista apenas como ausência de doença, simples e centrada no indivíduo isoladamente quer dos outros indivíduos como do meio ambiente que o rodeava (Ribeiro, 2005). Abolindo este conceito, a WHO (1948) passou a definir a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade.

1.3. Associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida.

Sendo este estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional, foram tidos em conta todos os artigos encontrados nas bases de dados dos seguintes motores de busca: *EBSCO HOST (CINAHL complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina), PubMed*, e *SciELO*, os quais abordam o nível de AF com a QoL. Os termos utilizados nesta pesquisa nas bases foram: “*Physical Activity*” OR “*Quality of Life*” OR “*SF- 36*” OR “*Habitual Physical Activity Questionnaire*” OR “*health*” OR “*adults*” OR “*elderly*” OR “*Sedentary*” OR “*Physiological health*” OR “*Physical health*” OR “*Professional Stress*”. Esta pesquisa foi realizada entre 1 de abril e 26 de julho de 2019, e foram tidos como critérios de inclusão artigos em português e inglês, artigos em revistas indexadas, num intervalo entre o ano 2000 até 2019, estudos alusivos ao nível de AF e QoL incluindo a faixa etária adulta e idosos. Isto porque, pela revisão de literatura a maior parte dos estudos reportavam-se a estas faixas etárias dos idosos, e em

menor quantidade à faixa etária dos adultos. Outra das razões prendeu-se ao fato de aparentemente não existirem estudos nos enfermeiros, mais especificamente nos EEER.

Por sua vez, os critérios de exclusão foram: artigos em bases de dados de acesso restrito e artigos pagos, e artigos fora do período estipulado de pesquisa bibliográfica. Esta pesquisa resultou em 16 estudos, os quais se encontram na tabela 1.

Tabela 1- Associação entre Atividade Física e Qualidade de Vida nos estudos incluídos na revisão de literatura

Ref/Autores /Ano/ País	Tipo de estudo, Delineamento	n	Sexo, Idade	Instrumentos	Principais resultados
(1) Puciato, D., Rozpara, M, & Borysiuk, Z. (2018) Polónia.	Quantitativo. Transversal	4460	M* e F** 18- 64.	<i>International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF).</i> <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i>	Os resultados do estudo revelaram correlações positivas entre QoL e condição física e níveis de atividade em pessoas em idade ativa. O número de entrevistados, divididos em grupos de acordo com os seus níveis de AF diferiram significativamente ($p^{***} < 0,001$) entre homens e mulheres. Observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os índices médios de QoL em homens de grupos de diferentes níveis de AF ($H = 18,9$, $p^{***} < 0,001$).
(2) Freire, C.; Dias, R.; Schwinge, P.; França, E.; Andrade, F.; Costa, E, & Junior, M. (2015) Brasil	Qualitativo. Transversal	59	M* e F** 28 - 33 Anos	Questionário internacional de atividade física (IPAQ). <i>Medical Outcomes Study 36 (SF-36).</i>	Foram considerados ativos 50,85% de 59 profissionais, sendo os técnicos de enfermagem considerados os mais ativos (60,6%). A QoL dos profissionais ativos foi mais elevada quando comparados aos inativos, com diferenças estatísticas para os domínios limitação por aspetos físicos, aspeto social e saúde mental. Não foi verificada diferença estatística entre as profissões nos requisitos referentes aos oito domínios estudados do questionário SF-36. Os indivíduos considerados ativos apresentaram menor jornada de trabalho ($p^{***} = 0,04$) e maiores pontuações em todos os domínios do SF-36, com diferença estatística nos domínios limitação por aspetos físicos ($p^{***} = 0,01$), aspeto social ($p^{***} = 0,03$) e saúde mental ($p^{***} = 0,02$), quando comparados aos inativos.
(3) Neto, A.; Araújo, R.; Pitangui, A.; Menezes, L.; França, E.; Costa, E.; Andrade, F, &	Qualitativo Transversal	340	M* e F** 30 - 36	<i>International Physical Activity Questionnaire.</i> <i>Medical Outcomes Study 36 (SF-36).</i>	Os profissionais classificados como ativos apresentaram maiores scores de QoL, nos domínios capacidade funcional, vitalidade e saúde mental. Os resultados sobre o nível de AF dos profissionais avaliados revelaram que os médicos e enfermeiros foram os profissionais que apresentaram menor proporção de sujeitos ativos, apresentando inclusive valores inferiores a média nacional. Os indivíduos considerados ativos apresentaram maiores scores nos domínios capacidade funcional ($p^{***} = 0,01$), vitalidade ($p^{***} = 0,01$) e saúde mental ($p = 0,01$), quando comparados aos inativos. Os scores de QV diferiram entre os profissionais de saúde classificados como ativos e

Junior, M. (2013). Brasil.					inativos, sendo verificado melhores níveis de QoL nos indivíduos fisicamente ativos.
(4) Netto, R.; Silva, C, Costa, D. & Raposo, D. (2012). Brasil	Quantitativo Transversal	352	M* e F** Média de idade de 21,6	IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física). WHOQOL-bref.	A maioria da amostra foi classificada como ativa, sendo as mulheres as que apresentaram maiores níveis de AF. Estas executadas com maior frequência e intensidade estiveram relacionados com melhores scores na QoL nos domínios físico e psicológico. Porém, apenas entre as estudantes o aumento do peso corporal resultou na diminuição nos scores de QoL geral e do domínio aspeto psicológico. Os estudantes do género feminino (6,2%) e do género masculino (3,6%) avaliaram sua QoL como má, e muito má. Das estudantes, 11,4% reportaram que se encontravam insatisfeitas com a sua saúde, e 6,4% dos estudantes do género masculino também o referiram.
(5) Krzepota, J.; Sadowska, D, & Biernat, E. (2018). Polónia	Qualitativo Transversal	346	F** Média de idade de 30.4	<i>Pregnancy Physical Activity Questionnaire-Polish version (PPAQ-PL).</i> <i>World Health Organization Quality of Life Questionnaire-short form (WHOQoL-Bref).</i>	Houve correlação significativa no grupo de mulheres no segundo trimestre de gravidez entre QoL no domínio físico da saúde e a intensidade e o tipo de AF. As mulheres que avaliaram a sua QoL mais alta neste domínio declararam maior gasto energético associado a atividade vigorosa, bem como com atividade ocupacional e exercício. Nas mulheres do terceiro trimestre, maior exercício coincidiu com avaliações mais altas da QoL geral e saúde geral. No caso do domínio psicológico e relação social, correlações positivas ocorreram quando relacionadas à atividade vigorosa. As mulheres que avaliaram a sua QoL mais alta neste domínio declararam um maior gasto energético associado a atividade vigorosa ($r = 0,159$, $p^{***} \leq 0,05$), bem como com atividade ocupacional ($r = 0,166$; $p^{***} \leq 0,05$) e atividade física ($r = 0,187$; $p^{***} \leq 0,05$). Nas mulheres do terceiro trimestre, maior gasto energético relacionado à atividade desporto / exercício coincidiu com avaliações mais altas da QoL geral ($r = 0,149$, $p^{***} \leq 0,05$) e saúde geral ($r = 0,170$, $p^{***} < 0,05$). No caso do domínio psicológico ($r = 0,161$, $p^{***} \leq 0,05$) e relação social ($r = 0,188$; $p^{***} \leq 0,05$) da QV, correlações positivas ocorreram com o gasto energético relacionadas à atividade vigorosa. Por outro lado, a alta avaliação do domínio da saúde física coincidiu com maiores gastos energéticos relacionados à atividade ($r = 0,174$; $p^{***} \leq 0,05$).
(6) Barbosa, A.; Teixeira, T.; Orlandi,	Quantitativo.	40	M* e F**	WHOQOL BREF.	Não foram encontradas diferenças para QoL ou nível de AF entre idosos residentes no espaço rural e urbano. No grupo de idosos do espaço rural foi encontrada correlação positiva, significativa, entre o nível de AF e os

B.; Oliveira, N, & Concone, M. (2015). Brasil.	Observacional Transversal.		≥ 60 Anos	IPAQ	domínios físico, psicológico e total da QoL. Entre os idosos regularmente ativos, aqueles residentes em espaço rural apresentaram maior score no domínio físico da QoL.
(7) Silva, M.; Goulart, N.; Lanferdini, F, & Dias, M. (2012). Brasil.	Qualitativo Observacional	50	M* e F** Média de idade de 70,24	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Perfil de Saúde de Nottingham (PSN).	Os resultados mostram que idosos praticantes de AF possuem melhor QoL. Os idosos praticantes de AF apresentam ainda maior disposição e possuem melhor desempenho na execução de suas tarefas, o que proporciona maior incentivo para a procura de mais atividades, tornando-os assim muito ativos. Em relação ao PSN, o grupo 1 apresentou reduzida QoL, comparado ao grupo 2. Já para o IPAQ, somente o grupo 1 apresentou diferença significativa (p***=0,00) em relação ao grupo 2. Além disso, para o grupo 1, 50% do nível de AF foram associados à QoL, enquanto o grupo 2 apresentou 64%.
(8) Xiao, Y.; Wang, H.; Zhang, T, & Ren, X. (2019). República Popular da China.	Quantitativo Transversal	238	M* e F** Média de idade de 51,6	<i>Stress Scale (PSS-10)</i> . <i>International Physical Activity IPAQ</i> (IPAQ-SF). <i>Quality of Life Scale-Brief (WHOQOL-100)</i> .	A AF apresentou uma relação positiva com a QoL, sendo que os resultados indicaram que os participantes com níveis de AF regulares elevados, reportaram melhores níveis de QoL.
(9) Mummery, K.; Schofield, G, & Caperchione, C. (2004). Austrália	Qualitativo. Transversal.	337	M* e F** 55 a 89	<i>AR (Active Australia Questionnaire)</i> . SF-12.	Os grupos moderadamente ativos e ativos apresentaram scores de QoL significativamente mais elevados nos componentes físico e mental quando comparados aos inativos. Resultados da ANOVA analisando as diferenças de mentalidade do estado de saúde entre as classificações das atividades, não revelou efeitos significativos para a classificação da atividade (F (2.312) = 2,28, p***= 0,10) ou sexo (F (1.312) = 1,52, p***= 0,22) ou atividade significativa por interação de género (F (2.312) = 1,40, p***= 0,24).

(10) Acree, L.; Longfors, J.; Fjeldstad, A.; Fjeldstad, C.; Schank, B.; Nickel, K.; Montgomery, P. & Gardner, A. (2006). Estados Unidos da América (EUA).	Qualitativo. Transversal.	112	M* e F** 60 a 89	AR (<i>Johnson Space Center Physical Activity Scale</i>). SF -36.	O grupo com níveis elevados de AF apresentou maior score de QoL nos domínios vitalidade ($p^{***} < 0,01$) e dor corporal ($p^{***} < 0,01$).
(11) Yasunaga, A.; Togo, F.; Watanabe, E.; Park, H.; Shephard, R., & Aoyagi, Y. (2006). Japão.	Qualitativo. Transversal.	181	M* e F** 65 a 85	OB (Acelerometria). SF – 36.	Quanto maior o nível de AF, maiores os scores de QoL geral, tanto para homens ($p^{***} < 0,01$) quanto para mulheres ($p^{***} < 0,001$). Mulheres mais ativas apresentaram maiores scores de QoL nos domínios função física ($p^{***} < 0,001$), função social ($p^{***} = 0,004$) e dor corporal ($p^{***} = 0,002$). Os homens mais ativos apresentaram maiores scores nos domínios emocional ($p^{***} = 0,006$), vitalidade ($p^{***} < 0,08$) e função física ($p^{***} = 0,020$).
(12) Shibata, A.; Oka, K.; Nakamura, Y. & Muraoka, I. (2007). Japão.	Qualitativo. Transversal.	1211	M* e F** 20 a 59.	AR (<i>International Physical Activity Questionnaire</i>). SF -36.	Indivíduos ativos apresentaram scores de QoL significativamente mais elevados nos domínios função física e vitalidade ($p^{***} < 0,001$), quando comparados aos inativos e insuficientemente ativos. Indivíduos inativos apresentaram scores de QoL significativamente inferiores para os domínios função física e vitalidade quando comparados aos insuficientemente ativos ($p^{***} < 0,05$). As associações foram significativas quando ajustadas para idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico ($p^{***} < 0,05$).
(13) Van den Berg, T.; Alavinia, S.; Bredt, F.; Lindeboom,	Qualitativo. Transversal.	1141	M* e F** 18- 63.	AR (<i>Stanford Wellness Inventory</i>). SF -12.	Indivíduos que atingiram as recomendações de AF vigorosa apresentaram maior score de QoL na componente mental e física. Não houve associação da QoL com o cumprimento das recomendações para AF moderada, após ajustes

L.; Elders, L, & Burdorf, A. (2008). Holanda.					para idade, sexo, fatores psicossociais do trabalho, estilo de vida, índice de massa corporal e consumo de oxigénio.
(14) Toscano, J.; Oliveira, A. (2009). Brasil.	Qualitativo. Transversal.	283	F** >60	AR (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ). SF -36.	Idosas mais ativas apresentaram scores mais elevados de QoL nos domínios função física, papel físico, estado geral de saúde, dor corporal, função social, papel emocional e saúde mental (p***< 0,001).
(15) Silva, R.; Silva, I.; Silva, R.; Souza, L, & Tomasi, E. (2010). Brasil.	Qualitativo. Transversal.	863	M* e F** Não identificad o idade.	AR (Questionário de Atividades Físicas Habituais). WHOQOL -BREF	Indivíduos ativos apresentaram scores significativamente mais elevados nos domínios físico, psicológico e meio ambiente (p***< 0,001).
(16) Lawton, B.; Rose, S.; Elley, C.; Dowell, A.; Fenton, A, & Moyes, S. (2009). Nova Zelândia.	Experimental randomizado.	1089	F** 40 -74.	AR (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ). SF -36.	Os scores dos domínios função física (p***= 0,03) e saúde mental (p***< 0,05) da QoL aumentaram entre 12 e 24 meses no grupo de intervenção, porém o papel físico diminuiu (p***< 0,01). O grupo de intervenção melhorou em mais domínios da QoL que o grupo de controle.

*M – Masculino

**F – Feminino

***p – Nível de Significância;

Da análise dos estudos, seis são da população adulta ativa, oito em idosos, um em grávidas, um em estudantes da área da saúde, e dois em enfermeiros (já incluídos na população ativa). Na população ativa, as profissões estudadas foram professores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos. É de referir que aparentemente não existem estudos que abordem unicamente os enfermeiros, na medida em que os estudos encontrados falam de enfermeiros e outros profissionais tal como o artigo quatro e cinco.

Na população ativa (artigos 1, 2, 3, 8, 12 e 13 da tabela1) os resultados indicam que os praticantes de AF apresentam melhores scores de QoL, comparativamente aos que não a praticam, existindo uma correlação positiva entre estas duas variáveis. Neste grupo, apenas no artigo 2 e 13 existe uma associação neutra, sendo que no estudo 2 julga-se que existe uma melhor QoL nos praticantes de AF, na medida em que apresentam menor jornada de trabalho e mais tempo livre para realizar AF. Por sua vez, no estudo 13 foi apenas verificada uma correlação positiva entre a AF e QoL nos adultos que praticavam AF vigorosa, não havendo associação para os que cumpriam as recomendações para a AF moderada.

Já nos idosos, os estudos (6, 7, 9, 10, 11, 14, 15 e 16) indicam que os praticantes de AF apresentaram melhor QoL.

Nas grávidas o estudo 5 conclui que existe uma correlação positiva entre o grupo de mulheres no segundo trimestre da gravidez entre o nível de AF com a QoL, pelo que os investigadores sugerem o desenvolvimento de exercício pré-natal e promoção de programas de AF para gestantes.

No estudo 4 referente à população de estudantes da área da saúde, os resultados foram semelhantes à maioria dos restantes estudos, pelo que os estudantes com índices de AF maiores apresentaram maiores níveis de QoL.

Por fim, no estudo 2 e 3 realizado a profissionais que trabalham em unidades de cuidados intensivos, os resultados indicaram que os enfermeiros apresentam uma associação entre o nível de AF e QoL. No entanto, no estudo 2 os resultados podem estar relacionados com o fato deste grupo de profissionais apresentarem uma menor jornada de trabalho, e mais tempo livre do que os demais.

Após a revisão de literatura, e análise da tabela 1, constatamos que a AF é um fator que contribui para o bem-estar físico e psicológico dos adultos e idosos, o qual interfere em vários domínios da QoL. A AF ao contribuir para a redução e prevenção de diversas doenças, tais como físicas e mentais, no alívio do stress, ansiedade e depressão, na autoestima, melhoria do sono (Puciato & Rorysiuk, 2018), entre outras, vai estar a contribuir para a

melhoria da QoL das pessoas, assim como para a redução das limitações temporárias relacionadas com as entidades empregadoras.

Segundo Frade (2010), a OMS recomenda medir a QoL nos grupos de pessoas com patologias crónicas, familiares e pessoa de suporte. É neste contexto que enquadramos a necessidade de avaliar os EEER, uma vez que, são pessoas de suporte, e têm uma panóplia de conhecimentos e procedimentos gerais e específicos, os quais, segundo o Regulamento nº 392/2019, possibilita

“ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto estima.” (p. 13565)

De acordo com a Regulamento anteriormente referido, estes profissionais têm como competências específicas:

“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (...)” (p. 13566),

Assim, no nosso entendimento, devem estar incluídos no grupo inerente as pessoas de suporte preconizado para avaliar a QoL.

O EEER sendo um dos profissionais dotado de conhecimento e técnica, está ligado ao processo de capacitação e reabilitação das pessoas com ações ao nível neurológico, cardiorrespiratório e ortotraumatológico. Por esta razão, lidam com o sofrimento e frustração dos seus clientes e das suas famílias, pelo que também estão sujeitos a stress, que segundo Xiao, Wang, Zhang e Ren (2019), pode ocorrer esgotamento e doenças físicas e psicológicas no trabalho. Neste sentido, a QoL dos enfermeiros pode ser um “espelho” no seu desempenho, e consequentemente na qualidade dos serviços prestados (Ferreira & Anes, 2016).

Baseando-se na evidência existente em diversos grupos alvo sobre a associação positiva entre a AF e a QoL, parece não haver estudos a suportar a associação entre estas variáveis na população de EEER da RAM. Este estudo contribui para um alargamento do conhecimento neste grupo específico de profissionais, e esta informação é uma mais valia para a entidade empregadora [i.e., Serviço de Saúde da RAM, E.P.E (SESARAM EPE)], uma vez que dispõe de fundamentação para

desenvolver estratégias de promoção da AF e saúde a um grande número de colaboradores com implicações diretas na prestação dos cuidados de saúde à população.

Outro argumento que reforça a importância da realização do presente estudo, é a existência de legislação que apoia os profissionais na promoção de contextos de trabalho mais saudáveis. O Programa Nacional de Saúde Ocupacional Extensão 2018-2020 (DSG, 2018), estabelece cinco objetivos estratégicos. (1) promover a vigilância da saúde dos trabalhadores; (2) fomentar a organização e qualidade dos Serviços de Saúde Ocupacional; (3) reforçar o desempenho dos profissionais de Saúde Ocupacional; (4) impulsionar a promoção da saúde no local de trabalho; e (5) robustecer a gestão do conhecimento em Saúde Ocupacional. O PNSOC (DSG, 2018) está articulado com o Plano Nacional de Saúde (2015), o qual no eixo estratégico referente às políticas saudáveis tem previsto a ação dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho na promoção e proteção da saúde e a prevenção da doença. Isto irá contribuir para ambientes de prática saudáveis, promotores de saúde e bem-estar nos locais de trabalho os quais fomentem oportunidades para os trabalhadores optarem por estilos de vida e práticas saudáveis no trabalho, e para o desenvolvimento do seu potencial de saúde. Será então esperado a promoção e intervenção precoce nos fatores de risco, tais como o tabagismo, obesidade, álcool e ausência de AF, impreteríveis para a prevenção de doenças crónicas, para o diagnóstico precoce de diversas patologias, bem como para a reabilitação e/ou (re)integração do trabalhador no local de trabalho.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo será fornecida informação relativa à metodologia de pesquisa da investigação desenvolvida, nomeadamente, o desenho utilizado, a amostra, as variáveis, os instrumentos e procedimentos adotados para a recolha dos dados, assim como o método de divulgação dos resultados.

2.1. Desenho do Estudo

Estudo quantitativo e transversal, descritivo e correlacional.

2.2. Amostra

A população alvo deste estudo foram todos os EEER a desempenhar funções no SESARAM, EPE, que se encontravam a prestar cuidados no período da colheita de dados. Foram excluídos os EEER que se encontravam de férias, baixa médica, licença de maternidade/ paternidade ou outra situação que levou à sua ausência do serviço neste período. A amostra foi composta por 114 EEER residentes nos vários concelhos da ilha da Madeira, sendo 70 do género feminino e 44 do masculino. Destes, 32 encontravam-se no intervalo etário dos 35-44 anos, 31 entre 45-54 anos, 15 nos 55-64 anos, 7 entre os 25-34 anos e 28 não disponibilizaram a data de nascimento.

Os EEER desempenhavam a sua prática profissional em várias instituições de saúde da RAM afetas ao SESARAM, EPE, sendo 49 nos diversos serviços do Hospital Nélito Mendonça, 14 no Hospital dos Marmeleiros, 11 em Unidades de Internamento de Longa duração, 10 nas Redes Regionais de Cuidados Continuados, e 30 nos Cuidados de Saúde Primários.

Do total de EEER que compõem a amostra, 81 eram casados ou em união de facto, 16 solteiros, 5 viúvos, e 12 divorciados. No que concerne à sua filiação, 91 desempenham funções de parentalidade.

2.3. Variáveis em estudo

Neste estudo, considerou-se como variáveis independentes as sociodemográficas, tais como: género, idade, estado civil. No que respeita às variáveis dependentes, considerou-se o nível de AF habitual e a autoperceção da QoL relacionada com a saúde.

2.4. Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram selecionados de acordo com os que se encontravam validados para a população portuguesa e com a devida autorização por parte dos autores que realizaram esta validação/ adaptação. No caso dos questionários aplicados foi pedido a devida autorização (Apêndice C) para a utilização do *Habitual Physical Activity Questionnaire*, (HPAQ), enquanto que o questionário SF-36 disponha de acesso livre para fins de investigação. A escolha passou também por serem de autopreenchimento, de rápida e fácil aplicabilidade tendo em conta as limitações de tempo associadas à recolha de dados.

Importa referir que previamente aos questionários utilizados para medir o nível de AF e QoL, o questionário geral contemplava primeiramente um questionário de caracterização (Anexo A). Assim, o questionário geral encontrava-se dividido em duas partes, onde na primeira parte contemplou questões de caracterização geral que tiveram por base os documentos do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (DGS, 2016), e o *Special Eurobarometer 472* (2017) para a sua elaboração, e na segunda parte os questionários específicos para o estudo. Nos pontos seguintes apresentamos uma descrição dos instrumentos utilizados para medir o nível de AF e a QoL desta amostra.

2.4.1. Questionário de atividade física habitual de Baecke.

O instrumento HPAQ foi criado por Baecke, Burema, e Frijters no ano de 1982. É uma escala de autopreenchimento, constituído por 16 itens que visa avaliar a AF habitual dos últimos 12 meses, em três domínios. São eles a AF no trabalho, desporto em tempo de lazer e AF excluindo o desporto.

Estes três domínios podem ser avaliados separadamente, pelo que na adaptação do instrumento para a população portuguesa por Almeida e Ribeiro (2014) apenas foram incluídos os índices de desporto (AF- Desporto) e o índice de AF nas horas de lazer excluindo o desporto (AF- lazer). Foi excluído a AF no trabalho pois segundo os autores,

aumentaria o número de itens, tornando o questionário final longo. Porém, o estudo foi alargado, relativo à motivação e comportamentos de saúde, que permitiu diferenciar os participantes, e em simultâneo, identificar comportamentos passíveis de serem mudados com o propósito de promover a AF. Outra das razões para a exclusão da AF no trabalho foi a amostra do estudo ser constituída por pessoas em que o nível de atividade física ocupacional era similar.

O questionário utilizado é constituído por oito itens que estão agrupados em duas dimensões, sendo elas o desporto nas horas de lazer (AF-desporto) e a AF nas horas de lazer que não o desporto (AF-lazer). No primeiro objetivo é avaliar a AF realizada no desporto ou exercício físico programado. Por outro lado, o segundo procura avaliar a AF noutras atividades que não o desporto, praticadas nas horas de lazer (i.e., andar a pé, andar de bicicleta).

No que concerne à consistência interna da escala adaptada por Almeida e Ribeiro (2014), esta foi obtida pelo alpha de Cronbach. Os valores identificados foram de 0,78 para a AF-total, de 0,83 para a subescala AF-desporto e de 0,54 para a subescala AF-lazer.

A intensidade da modalidade desportiva é determinada de acordo com o compêndio de AF de Ainsworth et al. (2000), onde o gasto energético é expresso em MET à semelhança do estudo de validação do mesmo questionário, para a população brasileira, realizado por Florindo e Latorre em 2003. Nesta linha de pensamento, são determinados três níveis de intensidade: intensidade ligeira (MET <3), intensidade moderada (3 a 6 MET) e intensidade vigorosa (> 6MET). Por outro lado, o índice da AF-desporto é calculado a partir da combinação da intensidade do desporto praticado, do tempo gasto por semana e da proporção de prática regular durante o ano, à semelhança que o estudo original.

Todos os itens do questionário do HPAQ são pontuados numa escala de cinco pontos, onde quanto maior a pontuação de cada item, maior o nível de AF. Por sua vez a AF total é o somatório dos valores parciais de cada um dos domínios de AF.

2.4.2. Questionário de qualidade de vida (SF-36)

O questionário *Medical Outcome Study 36-Item Short Form* (SF36) ou questionário de saúde reduzido, trata-se de uma medida de avaliação do estado de saúde, que pode ser utilizada para múltiplos objetivos. Foi criado por Ware e Sherbourne em 1992, e validado para a população portuguesa por Ribeiro (2005).

Contempla 36 itens dos quais 35 agrupam-se em oito escalas. É uma escala útil para comparar populações gerais e específicas, na estimativa da sobrecarga de várias patologias,

na diferenciação dos benefícios para a Saúde decorrentes de diversos tratamentos, no rastreio de pessoas com patologias individuais e nas decisões políticas e económicas para a saúde (Ware & Gandek, 1998).

Neste são avaliadas oito dimensões que se agrupam em duas componentes, a física (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e perceção geral de saúde), e a componente mental (vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional).

Fazendo parte da componente física, o funcionamento físico pretende medir desde as limitações para executar AF menores, tal como tomar banho ou vestir-se, até as mais desgastantes, passando por intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância (Ferreira, 2000). O desempenho físico, avaliam as limitações em saúde em termos do tipo e da qualidade de trabalho realizado, o qual inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar tarefas. A dor corporal objetiva não só mede a intensidade e o desconforto causados pela dor, como a forma como interfere nas atividades de vida. Por sua vez a perceção geral de saúde serve para medir o conceito de perceção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável (Ferreira, 2000).

No que concerne à componente mental, a vitalidade permite captar melhor as diferenças de bem-estar, pois inclui os níveis de energia e de fadiga. A saúde mental, inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, sendo elas a ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. O funcionamento social pretende medir a quantidade e qualidade das atividades sociais, bem como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais. Por fim o desempenho emocional, é à semelhança do desempenho físico, utilizado para medir as limitações em saúde em realizar, ter que reduzir ou dificuldade para executar determinados trabalhos (Ferreira, 2000).

A versão 1.0 da escala SF-36 validada para a população portuguesa, apresenta correlações moderadas entre as dimensões, que vão desde 0,41 a 0,77. Também se observa que as correlações entre dimensões do mesmo componente são mais elevadas do que entre as dimensões de componentes diferentes. Relativamente à consistência interna, foi possível obter um valor de alfa de Cronbach de 0,94 para funcionamento físico, 0,87 para desempenho físico, de 0,88 para dor corporal, de 0,83 para perceção geral de saúde, de 0,83

para vitalidade, de 0,87 para saúde mental, de 0,69 para funcionamento social e de 0,78 para desempenho emocional (Ribeiro, 2005).

O questionário é pontuado numa escala de 0 a 100 para cada domínio, onde zero é o valor mais baixo de qualidade de vida, e o 100 é o valor mais alto. Contudo, para cada componente o score pode alcançar os 400 pontos.

2.5. Procedimento de Recolha de dados

A recolha de dados foi obtida através dos questionários acima identificados, correspondentes a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa. A colheita foi efetivada por 21 enfermeiros estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, os quais cumpriram os princípios éticos e legais previstos no código deontológico.

O período de recolha de dados ocorreu em duas semanas, o qual teve início no dia 05/06/2019 e fim a 21/06/2019. Foi aplicado o questionário a todos os EEER pertencentes ao SESARAM a trabalhar no dia 5 de junho, excluindo as que pertenciam à direção de enfermagem.

A colheita de dados aos EEER foi realizada garantindo as condições de privacidade e confidencialidade inerentes, na medida em que os questionários foram anonimizados com recurso a um número de identificação (IDNR). Este número foi atribuído a cada participante por ordem de inscrição, figurando posteriormente isolados nos questionários/ folhas de registo. Os contactos foram mantidos apenas na posse dos investigadores para um possível relatório individual de cada avaliação, se os participantes o desejassem, e o respetivo encaminhamento para os recursos de saúde pertinentes. Esta informação foi posteriormente destruída após a conclusão do estudo e encaminhamento dos participantes.

Anteriormente à participação no estudo, todos os participantes foram informados individualmente sobre a natureza, os fins, os procedimentos e metodologia, a identidade e contatos dos investigadores e as condições inerentes à sua participação (Anexo B).

Após os participantes terem sido informados acerca do estudo, ou seja, após o esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão das mesmas, foi disponibilizada uma folha de informação a todos os EEER participantes, assinada pelo investigador e o documento de consentimento informado assinado pelo investigador e pelo participante (em duplicado), para os casos em que os participantes consideraram.

Todos os participantes foram informados que poderiam, a qualquer momento, recusar ou desistir da sua participação, sem sofrer qualquer tipo de dano ou prejuízo (Anexo C).

Este projeto, denominado Enfermagem de Reabilitação na RAM: um estudo de caracterização, o qual objetiva caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática, foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e pela Comissão Científica para a Investigação do SESARAM, EPE (Apêndice D). Foi submetido pela investigadora responsável Bruna Ornelas de Gouveia, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no qual este estudo está inserido.

2.6. Tratamento e Análise de Dados

As características descritivas dos participantes foram detalhadas através de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central (M) e dispersão (DP). Todos os dados foram testados para a normalidade, recorrendo ao teste estatístico Kolmogorov-Smirnov. Um teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* foi realizado para identificar diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos scores de AF e QoL em função dos 4 contextos da prática (i.e., hospitalar, Unidade de Internamento de Longa Duração, Rede Regional de Cuidados Continuados, Cuidados de Saúde Primários). A mesma estatística foi conduzida para comparar os valores medianos da AF e QoL em função dos intervalos etários (i.e., 25-34 anos; 35-44 anos; 45-54 anos; 55-64 anos). Para analisar as diferenças entre os valores médios de AF e QoL em função do género dos enfermeiros, realizou-se um t-teste de *Student* de medidas independentes. A mesma estatística foi conduzida para comparar os scores da componente física e componente mental da QoL entre EEER muito ativos e menos ativos. Nesta análise, o grupo dos ativos e menos ativos foi realizado considerando o percentil 50 (mediana). Assim, todos os indivíduos com um score inferior ao P50 na AF foram considerados “menos ativos” e os restantes “muito ativos”.

Por fim, a relação entre as dimensões da AF e os domínios e componentes da QoL foram investigadas usando o coeficiente de correlação de Pearson. Análises preliminares foram realizadas para assegurar que os pressupostos da normalidade não foram violados. O nível de significância foi estabelecido 5%. A análise foi realizada com SPSS, versão 23.0.

2.7. Divulgação de Resultados

A presente investigação teve em conta a elaboração dos trabalhos de dissertação dos Enfermeiros Mestrados do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, e tem previsto ser divulgada à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e alvo de provas públicas com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, a partir de 28/07/2019.

Está previsto disseminar este trabalho a partir de comunicações em contexto profissional ou em eventos científicos, assim como, artigos em revistas da especialidade.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

A população a estudar inicialmente seria de 133 EEER, no entanto quatro enfermeiros em licença de parentalidade, sete por doença, três por férias, uma estudante do MER, e ainda quatro recusas, não participaram no estudo pelos fatores de exclusão. Este estudo analisou uma amostra de 114 EEER (85% da população), dois quais 44 eram do sexo masculino (38,6%) e 70 do sexo feminino (61,4%). Quanto ao estado civil, 16 eram solteiros (14,0 %), 81 casados ou em união de fato (71,1%), cinco viúvos (4,4%), e 12 divorciados (10,5%).

Relativamente à filiação, 22 referiram não ter filhos (19,3%), 91 deles eram pais (79,8%), sendo que um não respondeu à questão. Neste estudo, 109 dos EEER participantes, tinham como formação académica a licenciatura (95,6%), referente apenas à especialidade, quatro deles tinham o mestrado (3,5%), e apenas um o doutoramento (0,9%).

No que concerne à função ocupada na maior parte dos turnos, 26 dos EEER exerciam funções de gestão (26%), 68 cuidados especializados (59,6%), oito cuidados gerais (7,0%), oito acumulavam funções de gestão e cuidados especializados (7,0 %), três cuidados especializados e gerais (2,6%) e um dos participantes não respondeu à questão.

Estes 114 EEER encontravam-se distribuídos pelos vários serviços pertencentes ao SESARAM, EPE, mas por uma questão de tratamento e análise de dados foram divididos tendo em conta ao seu contexto de prática (Tabela 2). Assim, 49 pertenciam ao Hospital Nélcio Mendonça (43,0%), 14 ao hospital dos Marmeleiros (12,3%), 11 às Unidades de Internamento de Longa Duração (9,6%), 10 à Rede Regional de Cuidados Continuados (8,8%), e 30 aos Cuidados de Saúde primários (26,3%).

Tabela 2- Distribuição dos EEER pelo contexto de prática

	Frequência	%
Hospital Nélcio Mendonça	49	43,0
Hospital dos Marmeleiros	14	12,3
Unidade de Internamento de Longa Duração	11	9,6
Rede Regional de Cuidados Continuados	10	8,8
Cuidados de Saúde Primários	30	26,3
Total	114	100,0

Dos 114 EEER, 34,2% (39) responderam que não praticavam AF. Dos participantes, 11 referiram praticar AF de carácter desportivo (9,6%), e 64 por lazer (56,1%).

No que respeita à frequência semanal de AF, 39,2% (n = 29) respondeu que praticava AF três dias por semana. Seguidamente 29,7 % (n= 22) praticava duas vezes por semana; 14,9 % (n=11) quatro dias; 5,4% (n=4) cinco dias; 4,1% (n=3) seis dias; 4,1% (n=3) sete dias; e 2,7 % (n= 2) apenas uma vez à semana. É de referir que dos 75 praticantes, um deles não respondeu a esta questão.

Nas questões que se seguem os EEER podiam responder a mais do que uma opção. No grupo dos EEER que não praticavam qualquer tipo de AF, entre as principais razões para não praticarem AF, emergiram a falta de tempo (14 %), falta de motivação (11%), vida familiar (11%), carga horária (10%), incapacidade física ou doença (9%), não gostar de AF competitiva (9%), muito dispendioso (9%), estar envolvido na prática de AF regular (9%), inexistência de infraestruturas adequadas ou acessíveis (9%), e inexistência de amigos para praticar (9%).

Por outro lado, os que responderam praticar AF, 11% mencionaram fazê-lo para melhorar a sua saúde, 11% para melhorar a sua condição física, 10 % para gestão de peso, 9% para melhorar o seu rendimento físico, 9% para melhorar a aparência, e 8% para prevenir o envelhecimento. Continuamente, 8% referem praticar por diversão, 7% integração na sociedade, 6% por socialização, 6% conhecer novas pessoas, e 6% por indicação médica. Por fim, 5% mencionaram não saber o porquê de praticarem.

Quando ao local da prática de AF, 21% dos EEER mencionaram que a praticavam no parque ao ar livre, 19% no ginásio, 14% em casa, 12% no caminho casa- trabalho, 12% em clubes desportivos, 12% noutros locais de prática de AF, e 11% no próprio local de trabalho.

Dos 114 EEER participantes na investigação, a grande maioria respondeu que a sua entidade empregadora não promove a AF, com uma percentagem de 91,2% (104). Dos 8,8% (10) que mencionaram que a sua entidade empregadora promovia AF, 30% (9) referiram que é tida pela existência de protocolos com ginásios e *health clubs*, 27% (8) através de programas de ginástica laboral padronizado pela entidade patronal, 23% (7) programas implementados pelo serviço onde exerce funções, e 20% (6) indicou que praticavam AF organizada pela entidade patronal. No que respeita aos valores medianos da AF e QoL em função dos quatro contextos da prática: Hospitalar; Unidade de Internamento de Longa Duração; Rede Regional de Cuidados Continuados; e Cuidados de Saúde primários (Tabela 3), o teste *Kruskal-Wallis* revelou diferenças estatisticamente significativas no domínio da

função física da QoL entre os quatro contextos da prática (hospitalar, Med.= 95,0; Unidade de Internamento de Longa Duração, Med.=90,0; Rede Regional de Cuidados Continuados, Med.=95,0; Cuidados de Saúde Primários, Med.=82,5). No contexto dos cuidados de saúde primários os EEER reportaram valores medianos na função física mais baixos do que nos restantes contextos de prática. Adicionalmente verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no domínio do desempenho emocional da qualidade de vida entre os quatro contextos da prática (hospitalar, Med.= 100,0; Unidade de Internamento de Longa Duração, Med.=66,7; Rede Regional de Cuidados Continuados, Med.=100,0; Cuidados de Saúde Primários, Med.=100,0). No contexto da Unidade de Internamento de Longa Duração os enfermeiros reportaram valores medianos no desempenho emocional mais baixos comparativamente aos restantes contextos de prática. Não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas nos outros domínios da QoL, nem nos níveis de AF entre os 4 contextos da prática.

Tabela 3- Valores medianos de atividade física e qualidade de vida em função dos 4 contextos da prática: Hospitalar; Unidade de Internamento de Longa Duração; Rede Regional de Cuidados Continuados; Cuidados de Saúde Primários

	Hosp***	Un.Int. LD****	Red. RCC*****	Cuid. SP*****	
	Med.*	Med.*	Med.*	Med.*	p**
	n= 63	n= 11	n=10	n= 30	
Índice desportivo	2,8	2,3	2,8	2,9	0,616
Índice dos tempos Livres	2,5	2,8	2,3	2,8	0,720
Score total de Atividade Física	5,3	5,5	5,0	5,3	0,917
Função Física	95,0	90,0	95,0	82,5	0,010
Desempenho Físico	100,0	100,0	100,0	100,0	0,812
Dor Coporal	55,6	55,6	52,2	48,9	0,818
Saúde Geral	72,0	77,0	53,5	69,5	0,397
Vitalidade	70,0	65,0	55,0	57,5	0,140
Funcionamento Social	87,5	75,0	75,0	87,5	0,140
Desempenho Emocional	100,0	66,7	100,0	100,0	0,031
Saúde Mental	80,0	76,0	76,0	84,0	0,131
Componente Física	320,9	302,6	282,4	300,1	0,132
Componente Mental	324,0	272,7	310,0	320,5	0,119

*Med. – Mediana

**p – Nível de Significância

***Hosp. – Contexto Hospitalar

****Un. Int. LD – Unidade de Internamento de Longa Duração

*****Red. RCC – Rede Regional de Cuidados Continuados

*****Cuid. SP – Cuidados de Saúde Primários

Quanto aos valores médios de AF e QoL em função do género dos enfermeiros (Tabela 4), um t-teste de amostras independentes foi conduzido para comparar os scores de AF e QoL entre enfermeiros do género masculino e feminino.

No que respeita à AF, e em todas as dimensões (desportiva, tempos livres e score total), os enfermeiros do género masculino apresentaram valores médios significativamente mais elevados do que os enfermeiros do género feminino. Resultados similares foram verificados apenas no domínio da função física da QoL. Nos restantes domínios e componentes da QoL, não foram identificadas diferenças com significado estatístico.

Tabela 4- Valores médios de atividade física e qualidade de vida em função do género dos Enfermeiros

Variáveis	Masculino		Feminino		p**
	Média	DP*	Média	DP*	
	n= 44		n=70		
Índice desportivo	3,06	0,90	2,55	0,73	0,001
Índice dos tempos Livres	2,79	0,62	2,49	0,60	0,010
Score total de Atividade Física	5,85	1,30	5,04	1,09	0,001
Função Física	91,82	11,37	83,29	16,83	0,002
Desempenho Físico	80,68	35,30	82,14	28,28	0,808
Dor Coporal	51,16	8,13	53,46	8,29	0,149
Saúde Geral	71,23	17,79	67,41	19,12	0,289
Vitalidade	64,89	19,42	61,36	18,63	0,335
Funcionamento Social	78,41	20,06	79,29	19,95	0,820
Desempenho Emocional	86,36	24,19	83,33	28,80	0,563
Saúde Mental	77,00	14,62	77,43	14,16	0,877
Componente Física	294,89	56,27	286,30	55,67	0,426
Componente Mental	306,66	64,32	301,40	68,57	0,684

*DP – Desvio Padrão

**p – Nível de Significância

Para os valores medianos de AF e QoL em função dos intervalos etários, o teste Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da AF, nem nos domínios e componentes da QoL entre os grupos etários: 25-34 anos; 35-44 anos; 45-54 anos; 55-64 anos (Tabela 5). É de mencionar novamente que 28 EEER não identificaram a sua idade, pelo que a amostra ficou reduzida a 86 nesta análise.

Tabela 5- Valores medianos de atividade física e qualidade de vida em função dos intervalos etários: 25-34 anos; 35-44 anos; 45-54 anos; 55-64 anos

Variáveis	Intervalos Etários				p
	25-34 anos (n=7)	35-44 anos (n=32)	45-54 anos (n=31)	55-64 anos (n=15)	
Índice desportivo	3,00	2,38	2,75	2,75	0,345
Índice dos tempos Livres	3,00	2,50	2,50	2,75	0,454
Score total de Atividade Física	5,75	5,25	5,00	5,75	0,307
Função Física	100,00	95,00	90,00	90,00	0,060
Desempenho Físico	100,00	100,00	100,00	100,00	0,585
Dor Coporal	48,89	55,56	55,56	51,11	0,489
Saúde Geral	92,00	72,00	67,00	74,50	0,128
Vitalidade	65,00	62,50	70,00	70,00	0,589
Funcionamento Social	87,50	87,50	87,50	75,00	0,714
Desempenho Emocional	100,00	100,00	100,00	83,33	0,167
Saúde Mental	76,00	80,00	84,00	78,00	0,712
Componente Física	337,56	311,72	307,56	286,17	0,201
Componente Mental	336,00	312,25	339,00	286,83	0,587

Por fim, os valores médios das componentes da QoL (Física e Mental) em função do nível de AF (Tabela 6) foi obtido a partir de um t-test de amostras independentes, conduzido para comparar os scores da componente física e componente mental da QoL entre EEER muito ativos e menos ativos. Na componente física da QoL verificou-se diferenças significativas nos scores dos muito ativos ($M = 302,99$, $DP = 49,18$) comparativamente aos menos ativos ($M = 276,99$, $DP = 58,22$; $t(111) = -2,55$, $p = 0,012$).

Não foram encontradas diferenças significativas entre os enfermeiros muito ativos e pouco ativos no score da componente mental da QoL.

Tabela 6- Valores médios das componentes da QoL (Física e Mental) em função do nível de atividade física.

Dimensão da QoL	Ativo		Não Ativo		p
	Média	DP	Média	DP	
Componente Mental	309,56	69,05	298,26	63,45	0,369
Componente Física	302,99	49,18	276,99	58,22	0,012

3.1. Correlação entre atividade física e qualidade de vida

A relação entre as dimensões da AF e os domínios e componentes da QoL foram investigadas usando o coeficiente de correlação de Pearson. Análises preliminares foram realizadas para assegurar que os pressupostos da normalidade não foram violados.

Verificou-se uma correlação positiva, fraca-a-moderada entre a função física da QoL, o índice desportivo, o índice dos tempos livres e o score total de AF ($0,241 < r < 0,370$, $n=113$, $p < 0,001$). Resultados similares foram verificados entre a saúde geral, a vitalidade, o funcionamento social e o nível de AF dos tempos livres ($0,278 < r < 0,330$, $n=113$, $p < 0,001$) e score total de AF ($0,214 < r < 0,284$, $n=113$, $p < 0,005$). A correlação entre a saúde mental e o nível de AF nos tempos livres foi positiva e fraca ($r=0,198$; $p < 0,005$).

Finalmente, no que respeita às componentes da QoL, verificou-se uma correlação fraca-a-moderada entre a Componente Física e a Componente mental com o nível de AF nos tempos livres e score total de AF ($0,191 < r < 0,284$, $p < 0,005$), indicando que níveis elevados de AF estavam relacionados a scores elevados na componente física e mental da QoL, tal como mostra a tabela abaixo (Tabela 7).

Tabela 7- Correlações entre a atividade física e a qualidade de vida em enfermeiros de reabilitação

Qualidade de vida	Índice desportivo (n= 113)	Índice dos tempos Livres	Score total de Atividade Física
Função Física	0,372**	0,241**	0,370**
Desempenho Físico	0,026	0,100	0,064
Dor Coporal	-0,160	-0,051	-0,136
Saúde Geral	0,178	0,330**	0,284**
Vitalidade	0,132	0,326**	0,251**
Funcionamento Social	0,110	0,278**	0,214*
Desempenho Emocional	0,023	0,162	0,094
Saúde Mental	-0,024	0,198*	0,083
Componente Física	0,154	0,225*	0,214*
Componente Mental	0,075	0,284**	0,191*

*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este trabalho tem como finalidade estudar as associações entre a AF e a QoL indicou que os EEER com maiores scores de AF apresentavam igualmente níveis mais elevados na componente mental e física da QoL. Entre os contextos de prática, os Cuidados de Saúde Primários foi aquele em que os EEER reportaram valores medianos da função física mais baixos. Adicionalmente, os EEER da Unidade de Internamento de Longa Duração foram aqueles que reportaram valores significativamente mais baixos no domínio do desempenho emocional da QoL entre estes quatro contextos da prática dos EEER. Os enfermeiros do género masculino apresentaram valores médios significativamente mais elevados do que os enfermeiros do género feminino na AF. Não foram identificadas diferenças na AF e na QoL associadas aos grupos etários.

Tal como já referido anteriormente, do nosso conhecimento, não existem estudos que explorem as relações entre a AF e a QoL entre os EEER. Isto significa que, na discussão dos resultados será necessário considerar estudos com outros grupos etários e profissões, os quais foram incluídos na revisão de literatura. Os resultados do presente estudo indicam que 65,8 % dos EEER praticavam AF. Destes, 9,6% referem praticar AF de carácter desportivo, e 56,1% por lazer. Estes resultados estão em concordância com um estudo realizado na Europa, denominado no *Special Eurobarometer 472* (2017), onde se verificou que 68% dos portugueses responderam praticar AF, e 32% nunca ter praticado. Contudo, num estudo realizado por Freire et al. (2015), resultados mais distantes foram alcançados numa amostra de 13 enfermeiros que trabalhavam numa Unidade de Tratamento Intensivo do Brasil. Neste estudo brasileiro, a percentagem de enfermeiros ativos foi de 38,5%, e inativos 61,5%. Na mesma linha que este estudo, Neto et al. (2013) igualmente numa Unidade de Tratamento Intensivo, verificou que numa amostra de 42 enfermeiros, apenas 21,4 % eram ativos, e 78,6% eram inativos. O fato dos EEER madeirenses apresentarem melhores níveis de AF pode estar relacionado com o crescente aumento da promoção da AF a nível europeu, pelos projetos implementados, assim como pelos projetos a nível nacional para o incentivo da prática de AF como melhoria da saúde da população. Da mesma forma, surgem os programas nacionais de saúde ocupacional que dão importância à prática de AF pelos profissionais.

Relativamente à frequência semanal em que os EEER praticavam AF, a maior percentagem foi de três dias por semana (39,2%), e dois dias por semana (29,7 %). No

Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado à população residente em Portugal no ano de 2015, reportado no documento PNPAF (2017), constatou-se que os que praticam uma a duas vezes AF por semana, apresentam uma percentagem mais baixa (15,9 % dos homens e 14,9% das mulheres), sendo que os restantes o faziam diariamente (5,7% dos homens e 3,9% das mulheres).

No que respeita às causas reportadas pelos EEER para a não realização da AF, foram na sua maioria a falta de tempo (14 %), seguida pela falta de motivação (11%). Resultados semelhantes foram reportados no INS (PNPAF, 2017), onde o primeiro e o segundo motivo para os portugueses não realizarem AF foi igual ao mencionado pelos EEER neste estudo [i.e., falta de tempo (33%) e falta de motivação, falta de interesse (26%)]. Similarmente, no *Special Eurobarometer 472* (2017), os motivos para a não realização da AF foram também a falta de tempo (40%), seguida da falta de motivação (20%). É de referir que em todos os países participantes neste estudo, a falta de tempo foi a principal razão para os não praticantes não o fazerem, sendo que em Portugal a percentagem nesta questão foi de 43%. Nós pensamos que as principais razões da não adesão à AF, reportado pelos EEER madeirenses, deve-se ao facto de maioritariamente serem casados e terem filhos. No nosso entendimento, as responsabilidades dos papéis familiares, poderá estar associada à limitação de tempo livre para executar AF.

Os EEER praticantes de AF indicaram que o faziam principalmente para melhoria da sua saúde (11%), para a melhoria da sua condição física (11%) e para gestão de peso (10%). Já no INS (PNPAF, 2017), e tal como os EEER neste estudo, referiram que as principais razões para praticarem AF prenderam-se com a melhoria da sua saúde (67 %), relaxar (32%), e melhorar a aparência física (28%). No caso do estudo apresentado pelo *Special Eurobarometer 472* (2017) os europeus responderam também que praticavam AF com o objetivo de melhorar a sua saúde (54%), sendo que em Portugal neste mesmo estudo os portugueses responderam a mesma razão para o fazer, com uma percentagem de 51%. Entendemos que os EEER sendo profissionais de saúde, e tendo conhecimento da importância da prática da AF, e dos seus inúmeros benefícios para a sua saúde e bem-estar, vejam a sua prática como um meio para melhoria da sua saúde e condição física.

No que concerne ao local da prática, tanto no INS (PNPAF, 2017) como no *Special Eurobarometer 472* (2017), os portugueses (44%) e os europeus (40%) responderam respetivamente que na sua grande maioria, faziam AF no parque ao ar livre, tal como o que responderam os EEER no nosso estudo. À semelhança da população portuguesa, os EEER madeirenses mencionaram que praticavam AF maioritariamente no parque, ou ao ar livre.

Pensa-se que estes resultados estão relacionados com as políticas promotoras da AF, pelo que na RAM existem inúmeros espaços ao ar livre, entre os quais alguns criados com o propósito de favorecer a prática da AF nos espaços urbanos, tais como parques desportivos e de lazer, promenades marítimas, entre outros. Segundo (Li & Yen, 2019), os governantes devem trabalhar no sentido de desenvolver instalações desportivas, parques urbanos, transporte e políticas seguras de modo a aumentar os níveis de AF das pessoas, e mantê-las ativas.

No nosso estudo, a grande maioria respondeu que a sua entidade empregadora não promove a AF (91,2%). Sabe-se que existem serviços em que os EEER têm projetos com vista à promoção do exercício laboral, no entanto, os EEER que responderam que a sua entidade empregadora promovia a prática da AF, podem ter respondido considerando os protocolos existentes pela sua Ordem e sindicatos profissionais. Isto porque a entidade empregadora, o SESARAM EPE, parece não ter estes programas de promoção da AF, embora seja uma meta que faça parte do PNSOC (DGS, 2018), e consequentemente no Plano Nacional de Saúde 2015. Pela expressividade dos resultados, é certo que os EEER têm consciência da importância da AF, pelo que a entidade empregadora poderia avaliar quais os recursos disponíveis para intervir a este nível. Nomeadamente, realizar protocolos com instituições que promovam AF, programas internos de formação, planeamento, implementação e avaliação da AF dos EEER, entre outras atividades que intervenham contra a inatividade física dos seus colaboradores.

Os nossos resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas no domínio da função física da QoL entre os quatro contextos da prática, sendo que no contexto dos Cuidados de Saúde Primários os EEER reportaram os valores mais baixos da função física da QoL, do que nos restantes contextos. Foi ainda observado diferenças significativas no domínio do Desempenho Emocional da QoL nestes quatro contextos, no qual a Unidade de Internamento de Longa Duração se sobressaiu com valores mais baixos. Dada a ausência de estudo em populações similares, a interpretação dos nossos dados é dificultada. Embora se perspetivasse que nos Cuidados de Saúde Primários os EEER iriam obter valores de QoL superiores aos EEER dos outros contextos de prática, estes apresentaram valores mais baixos na função física da QoL, o que pode indicar algum desgaste associado às múltiplas intervenções deste grupo, por exemplo as visitas domiciliárias. Outro fato que poderá estar associado, é que os EEER dos Cuidados de Saúde Primários apresentarem uma média de idade ligeiramente superior aos outros contextos ($46,9 \pm 5,7$ anos de idade), muitas vezes

relacionado com o facto de ser dada prioridade aos EEER com mais idade nas suas transferências para os Cuidados de Saúde Primários.

No estudo apresentado pelo INS (PNPAF, 2017), 60% dos homens e 70% das mulheres indicaram que não praticam AF. No nosso estudo, verificou-se que da mesma forma os EEER género masculino são mais ativos que o género feminino. Por sua vez, aos valores medianos em função dos intervalos etários não revelou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da AF, nem nos domínios da QoL. Contrariamente, no INS (PNPAF, 2017), e no *Special Eurobarometer 472* (2017), em que os mais velhos foram os menos ativos nos momentos de lazer. No estudo de Netto (2012) realizado a estudantes universitários da área da saúde, o género feminino, tal como ao nosso estudo apresentaram menor nível de AF comparativamente aos masculinos nos vários níveis da AF. Uma possível explicação para os valores mais elevados de AF encontrados nos enfermeiros do género masculino poderá estar relacionado com o fato do género feminino desempenhar um papel mais ativo na parentalidade e também nas tarefas domésticas. É ainda importante sublinhar que na amostra do presente nosso estudo cerca de 61,4% eram do género feminino.

Os EEER com maiores scores de AF apresentaram diferenças significativas na componente física da QoL, comparativamente aos menos ativos. Para a componente mental da QoL não foram encontradas diferenças significativas. Contrariamente ao nosso estudo, Aleixo (2013) numa população mais idosa verificou que as pessoas mais ativas apresentaram valores significativamente superiores em todas as dimensões da QoL quando comparados com os inativos. Ainda no estudo de Mummery, Schofi e Caperchione (2004), realizado a 337 idosos, verificou que os grupos moderadamente ativos e ativos apresentaram scores de QoL significativamente mais elevados nos componentes físico e mental, comparativamente aos inativos. No nosso estudo isto apenas foi verificado para a componente física da QoL. Estima-se que na componente mental não foi evidenciada alterações significativas pelo fato da população de enfermeiros ter uma média de idade relativamente mais jovem do que os estudos revistos, e talvez uma melhor perceção de saúde do que provavelmente as pessoas com mais idade.

Quando investigada a relação entre as dimensões da AF e os domínios da QoL, os enfermeiros apresentaram uma correlação positiva, fraca-a-moderada entre a função física da QoL, o índice dos tempos livres e o score total da AF. Da mesma forma, resultados similares foram verificados entre a saúde geral, a vitalidade, o funcionamento social e o nível de AF dos tempos livres, e o score total da AF. A correlação entre a saúde mental e o nível de AF nos tempos livres foi positiva, embora fraca. Por sua vez, foi verificada uma

correlação fraca-a-moderada entre a componente física e a componente mental da QoL, com o nível de AF nos tempos livres e score total de AF. Isto indica que os EEER com níveis mais elevados de AF, também obtiveram scores mais elevados nas componentes física e mental da QoL. Nos estudos incluídos na revisão de literatura, o estudo de Silva (2012), Neto et al. (2013), e Freire et al. (2015), indicam que os indivíduos mais ativos das populações estudadas apresentaram melhores níveis de QoL, comparativamente aos menos ativos fisicamente.

Como podemos observar, e como hipotetizado, a AF está associada a valores mais elevados na QoL dos EEER, tal como descrito na literatura. Pensa-se que os enfermeiros praticantes de AF regular poderão ter mais benefícios de saúde, assim como apresentar mais eficiência nas atividades de prestação de cuidados aos clientes. Por estas razões, achamos que a entidade empregadora deveria criar programas e protocolos com instituições que fomentem a prática da AF, ou criar uma equipa responsável por desenvolver eventos de carácter lúdico desportivo entre os vários profissionais da instituição. Como sugestões temos a elaboração de programas tais como a ginástica laboral, torneios de diversas modalidades entre estes profissionais, protocolos com ginásios e *health clubs*, criação de um espaço no meio hospitalar devidamente equipado e profissionais para orientar a prática de AF, entre outros.

Pensamos que com as estratégias anteriormente mencionadas, numa perspetiva a médio prazo os EEER iriam trabalhar com maior motivação, existiriam menor número de baixas devido a limitações físicas e mentais, e consequentemente ganhos para os clientes, e para a entidade empregadora. Por outras palavras, os EEER estando bem consigo próprios, tendo uma boa perceção da sua saúde, poderão reduzir as suas baixas por incapacidade, estar nos serviços a potenciar e capacitar os clientes, e consequentemente contribuir para a redução de gastos na instituição, quer pela redução das baixas médicas dos profissionais, assim como pelo tempo médio de internamento dos clientes. Queremos com isto dizer que, sairiam a ganhar os colaboradores (i.e., os enfermeiros), a instituição, o Sistema Regional de Saúde, e consequentemente o Sistema Nacional de Saúde.

Não retirando credibilidade à informação desta pesquisa, é importante salientar algumas das suas limitações inerentes à investigação. Em primeiro lugar, o desenho experimental de cariz transversal permitiu apenas falar de associações entre as variáveis da AF e QoL, e não estabelecer uma relação causa-efeito entre ser mais ativo e ter mais QoL. Para o feito seriam necessários estudos experimentais e/ou com desenhos longitudinais para extrapolar estas conclusões. Outra da limitação do estudo foi o tempo previsto para a

colheita de dados ser reduzido, pelo que não foi possível utilizar métodos de avaliação da AF mais objetivos como é o caso da acelerometria. Não obstante, a obtenção da quase totalidade da população dos EEER do SESARAM, EPE, 86% foi uma das forças do estudo, para além de que este, sendo pioneiro, aborda uma área de interesse e importância o qual colmata uma lacuna na literatura existente. É esperado pelo mencionado que as entidades empregadoras através deste estudo fiquem mais sensibilizadas para a importância da promoção da AF e da avaliação da QoL nos seus colaboradores.

Em suma, observamos que a AF está associada a melhor QoL dos EEER, pelo que deve ser realizada investigação de cariz longitudinal para aprofundar a relação entre estas duas variáveis. Adicionalmente, os resultados alcançados neste estudo permitem sugerir que sejam criados programas de incentivo de AF de modo a promover a saúde e QoL destes profissionais.

CONCLUSÃO

Este estudo suporta a teoria de que a AF é um fator que contribui para a promoção e melhoria da saúde das pessoas, trazendo inúmeros benefícios para quem a pratica. A sua prática regular é responsável por prevenir doenças não transmissíveis, promover benefícios físicos e psicológicos nos vários grupos etários (Pucci et al., 2012; Vagetti et al., 2014; Krzepota et al., 2018), o que contribui para a melhoria da QoL das pessoas (USDHHS, 2018 e WHO, 2018). Por sua vez, a QoL é segundo a WHO (1994), a percepção dos indivíduos relativamente à sua posição na vida, tendo em conta ao contexto de valores em que vive, aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Entre os vários benefícios, a AF é fulcral para a promoção do bem-estar não só físico, como mental. Os EEER, seres biopsicossociais, ao beneficiarem da prática regular de AF, especificamente na melhoria da sua saúde e QoL, estarão a contribuir para que se sintam bem a nível pessoal, assim como nos vários contextos onde estão inseridos, desde o contexto familiar, laboral e organizacional. Isto significa que, os enfermeiros ao se sentirem bem vão ter um melhor impacto da sua intervenção nos seus clientes. Neste sentido, os serviços onde estes exercem funções, assim como a própria entidade empregadora irão sair beneficiados.

Em resposta à primeira hipótese deste estudo, verificou-se que os EEER madeirenses com um nível superior de AF auto reportaram melhores níveis de QoL relacionada com a saúde física e mental. Relativamente ao comportamento das variáveis AF e QoL em função do contexto de prática laboral onde os EEER operam, este estudo conclui que no que respeita à AF não foram identificadas diferenças entre os contextos de prática laboral. Contudo, relativamente à QoL, os EEER dos cuidados de saúde primários reportaram scores na função física da QoL mais baixos comparativamente aos restantes contextos. Adicionalmente, os EEER da Unidade de Internamento de Longa Duração apresentaram scores inferiores no desempenho emocional.

Este estudo comprovou as diferenças nos scores de AF associadas ao género, e que de resto está em concordância com a literatura. Os EEER homens são em média mais ativos do que as mulheres. No que respeita à QoL, à exceção da função física, não foram encontradas outras diferenças associadas ao género. Finalmente, quanto à variável idade, não foram encontradas diferenças associadas nos níveis de AF nem na QoL entre os EEER.

Este estudo por ser pioneiro na RAM, é uma mais valia para que se possa impulsionar futuros estudos nesta população. Ao comprovarmos a associação positiva entre a AF e a QoL, e sabendo dos seus benefícios bem reportados na literatura, quer para a melhoria da QoL dos EEER, quer dos clientes a quem se prestam cuidados, constitui um fator importante para que o SESARAM EPE crie programas que visem a promoção da prática de AF. Com isto a instituição irá também ao encontro das recomendações do PNSOC (DGS, 2018) e do Plano Nacional de Saúde (2015).

Em jeito de sugestão, deveriam ser realizados estudos de carácter longitudinal que relacionem a AF com a QoL, preferencialmente com recurso a medidas mais objetivas de avaliação da AF. Adicionalmente, sugere-se a adoção de estratégias promotoras de AF na instituição SESARAM, EPE, tais como a ginástica laboral, protocolos com instituições promotoras de AF (i.e., ginásios, *health clubs*, clubes desportivos), as quais impliquem monitorização contínua dos profissionais.

Finalmente, além deste estudo contribuir para um conhecimento mais profundo sobre a enfermagem de reabilitação na RAM, fornece também informação importante à tomada de decisão do SESARAM EPE, no que respeita à promoção da AF em contexto laboral. Este estudo suporta a teoria de que se investirmos na promoção da AF, estaremos a investir na QoL dos EEER, e eventualmente na melhoria da resposta da instituição, quer para a saúde dos seus colaboradores quer para a dos clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., ... Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of life outcomes*, 4(37), 1-6. Doi: 10.1186/1477-7525-4-37
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett Jr., D. R., Tudor-Locke, C., ... Leon, A. S. (2011). 2011 compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. *Medicine & Science in sports & Exercise*, 1575-1581. Doi: 10.1249/MSS.0b013e31821ece12
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Leon, A. S., Jacobs Jr, D. R., Montoye, H. J., Sallis, J. F., Paffenbarger, R. S. (1993). Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 25(1), 71-80. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8292105>
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. N. N. M., Strath, S. J., ... Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9 Suppl.), S498-S516. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993420>
- Aleixo, M. F. T. (2013). Influência da atividade física na qualidade de vida dos idosos (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24119&code=144>
- Alghafri, S., Alharthi, S., Al-Fars, Y., Bannerman, E., Craigie, A., & Anderson, A. (2017). Correlates of physical activity and sitting time in adults with type 2 diabetes attending primary health care in Oman. *BMC Public Health*, 18(1). Doi: 10.1186/s12889-017-4643-7
- Almeida, M. & Ribeiro, J. (2014). Adaptação do habitual physical activity questionnaire (Baecke), versão modificada, para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 27-36. Retrieved from

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300004

- American College of Sports Medicine & American Heart Association. (2007). Exercise and acute cardiovascular events: placing the risks into perspective. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(5), 886–97. Doi: 10.1249/mss.0b013e3180574e0e
- American College of Sports Medicine. (2018). *ACSM's: Guidelines for exercise testing and prescription* (10th Ed.). Philadelphia: Wolter & Kluwers.
- American Institute for Cancer Research. (2019). *Colorectal cancer statistics: Colorectal cancer is the third most common cancer worldwide*. Retrieved from <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics>
- Arem, H., Moore, S., Patel, A., Hartge, P., Gonzales, A., Phil, D., . . . Matthews, C. (2015). Leisure time physical activity and mortality: A detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*, 175(6), 959- 967. Doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0533.
- Barbosa, A., Teixeira, T., Orlandi, B., Oliveira, N., & Concone, M. (2015). Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Revista brasileira geriatria e gerontologia*, 18(4), 743- 754 Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14182
- Bauman, A., Petersen, C., Rangul, V., Blond, K., Rangul, V., & Hardy, L. (2018). The descriptive epidemiology of sedentary behaviour. In M. F. Leitzmann, C. Jochem, & D. Schmid (Eds.). *Sedentary behavior epidemiology*. Sydney: Springer International Publishing.
- Blake, H., Mo, P., Malik, S., & Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 23(10), 873-887. Doi: 10.1177/0269215509337449
- Boniol, M., Dragomir, M., Autier, P., & Boyle, P. (2017). Physical activity and change in fasting glucose and HbA1c: a quantitative meta-analysis of randomized trials. *Acta Diabetológica*, 54(11), 983-991. Doi: 10.1007/s00592-017-1037-3

- Byrne, A., & Byrne, D. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(6), 565-574. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.457.3311&rep=rep1&type=pdf>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1424733&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Cauley, J., & Giangregorio, L. (2020). Physical activity and skeletal health in adults. *The Lancet: Diabetes & Endocrinology*, 8(2), 150-162. Doi: 10.1016/S2213-8587(19)30351-1
- Ding, D., Kenny, L., Tracy, A., Eric, F., Peter, K., Willem, M., & Michael, P. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- European Commission. (2010). *Sport and physical activity: Special eurobarometer 334/Wave 72.3. EC directorate general education and culture*. Retrieved from https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf
- European Commission. (2014). *Sport and physical activity. Special eurobarometer 412/ Wave EB 80.2. EC directorate general education and culture*. Retrieved from https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf
- European Commission. (2017). *Sport and Physical Activity: Special Eurobarometer 472/ Wave EBBB.4: EC directorate general education, youth, sport and culture and coordinated by the directorate general for communication*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82432>
- European Commission. (2017). *Sport and physical activity: Special eurobarometer 472/ Wave EBBB.4: EC directorate general education, youth, sport and culture and coordinated by the directorate: General for communication*. Retrieved from

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82432>

- Ferreira, C., & Anes, E., (2016). Qualidade de vida dos enfermeiros. *Millenium*, 2(1), 327-336. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/16645/1/3%20-%20Artigo%20rev.%20-%20Qualidade%20de%20vida%20dos%20enfermeiros%20Millenium%202016.pdf>
- Ferreira, E., Souza, M., Souza, N., Tavares, K & Pires, A. (2015). The importance of self-care for nursing professionals. *Ciência e Cuidados de Saúde*, 14(1), 978-985. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/4458/5294ec99b8d2186a7c8aa7febe768a1eec2d.pdf>
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF -36: Parte I adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/313036459_Criacao_da-versao_portuguesa_do_MOS_SF-36_Parte_I_-_Adaptacao_cultural_e_linguistica
- Florindo, A. A., & Latorre, D. O. (2003). Validação e reprodutibilidade do questionário de Baecke de avaliação da atividade física habitual em homens adultos. *Revista Brasileira Medicina Esporte*, 9(11), 121-128. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v9n3/17260.pdf>
- Forbes, S., Little, J., & Candow, D. (2012). Exercise and nutritional interventions for improving aging muscle health. *Endocrine*, 42(1), 29-38. Doi: 10.1007/s12020-012-9676-1
- Frade, J. T. (2010). *Análise estatística do inquérito nacional de saúde e determinantes da qualidade de vida dos portugueses* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Retrieved from <https://eg.uc.pt/handle/10316/14365>
- Freire, C. B., Dias, R. F., Schwingel, P. A., De França, E. E. T., De Andrade, F. M., Costa, E. C., ... Correia Junior, M. A. de V. (2015). Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(1), 26-31. Doi: 10.1590/0034-7167.2015680104p

- Global Observatory for Physical Activity. (2016). *1st physical activity almanac: The global observatory for physical activity*. Retrieved from https://adobeindd.com/view/publications/f8d2c921-4daf-4c96-9eaf-b8fb2c4de615/1x5t/publication-web-resources/pdf/1st_Physical_Activity_Almanac_GoPA!.pdf
- Halldin, A., Lissner, L., Lernfelt, B., & Bjorkelund, C. (2020). Impact of changes in physical activity or BMI on risk of heart failure in women: the prospective population study of women in Gothenburg. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(1), 56-65. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=0a4052ca-4722-4477-aa67-6d9f982c0cd2%40sessionmgr101>
- Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B., . . . Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercices*, 39(8), 1423-1434. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762377>
- Hernández-Reyes, A., Martos, F., Luque, R., Saldaña, M., Recio, G., & Rojas, R. (2019). Changes in body composition with a hypocaloric diet combined with sedentary, moderate and high-intense physical activity: a randomized controlled trial. *BMC Womens Health*, 19(7), 167. Doi: 10.1186/s12905-019-0864-5
- Ho, M. H. (2020). Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 18. Doi: 10.1007/s11764-020-00864-0
- Jentoft, A., Baeyens, J., Bauer, J., Boire, Y., Cederholm, T., Landi, F., . . . Zammoni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 39(4), 412-423. Doi: 10.1093/ageing/afq034
- Jun, S. Y., Kim, J., Choi, H., Sung, J., Lim, S. H., Sul, B., & Hong, B. Y. (2019). Physical Activity of Workers in a Hospital. *International Journal of environmental research and public health*, 16(4). Doi: 10.3390/ijerph16040532

- Kang, D., Lee, E., An, K., Min, J., Jeon, J., & Courneya, K. (2018). Associations between physical activity and comorbidities in Korean cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(4), 441-449. Doi: 10.1007/s11764-018-0683-y
- Kanis, J., Odén, A. M., Johansson, H., Wahl, D., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23(9), 2239-2256. Doi: 10.1007/s00198-012-1964-3
- Kesaniemi, Y., Danforth, E., Jensen, M., Kopelman, P., Lefebvre, P., & Reeder, B. (2001). Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and Science in sports and exercise*, 33(6 Suppl.), S351-358. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427759>
- Krzepota, J., Sadowska, D., & Biernat, E. (2018). Relationships between physical activity and quality of life in pregnant women in the second and third trimester. *International Journal of Environmental research and public health*, 15(12), E2745. Doi: 10.3390/ijerph15122745
- Kwaśniewska, M., Kostka, T., Jegier, A., Dzikowska-Zaborszczyk, D., Leszczyńska, J., Rębowska, M., & Drygas, W. (2016). Regular physical activity and cardiovascular biomarkers in prevention of atherosclerosis in men: a 25-year prospective cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16, 65. Doi: 10.1186/s12872-016-0239-x
- Lawton, B. A., Rose, S. B., Raina, E. C. R., Dowell, A. C., Fenton, A., & Moyes, S. A. (2009). Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *BMJ*, 1-7. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/bmj/337/bmj.a2509.full.pdf>
- Li, C., & Yen, H. (26 de Julho de 2019). Determinants of physical activity: A path model based on an ecological model of active living. *PLOS One*, 14(9), e0222625. Doi: 10.1371/journal.pone.0222625
- Li, J., Connor, H., Dwyer, N., & Orr, R. (2016). The effect of acute and chronic exercise on cognitive function and academic performance in adolescents: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20(9), 841-848. Doi: 10.1016/j.jsams.2016.11.025

- Lobo, A., Carvalho, A. A. S., Martins, J.P., Monteiro, M. J. F. S. P. M., & Rodrigues, V. M. C. R. (2015). Qualidade de vida dos utentes dos cuidados de saúde primários do distrito de Vila Real. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 67-77. Doi: 10.12707/RIV14019
- Luz, T. (2015). *Análise da atividade física e qualidade de vida em estudantes de ciências do desporto* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30373/1/AN%C3%81LISE%20DA%20ATIVIDADE%20F%C3%8DSICA%20E%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20EM%20ESTUDANTES%20DE%20CI%C3%8ANCIAS%20DO%20DESPORTO.pdf>
- Makar, O., & Siabrenko G. (2018). Influence of physical activity on cardiovascular system and prevention of cardiovascular diseases (Review). *Georgian Medical News*, (285), 69-74. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=d5f6addd-2c46-49e6-9a6b-ac9de0400f99%40pdc-v-sessmgr01>
- Matthews, C., Chen, K.y., Freedson, P. S., Buchowski, M. S., Beech, B. M., Pate, R.R.,... Troiano, R. P. (2008). Amount of Time Spent in Sedentary Behaviors in the United States, 2003–2004. *American Journal of Epidemiology*, 167(7), 875-881. Doi: 10.1093/aje/kwm390
- Mendes, C. (2014). *Validação concorrente de um questionário de atividade física com acelerometria e pedometria* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11547/1/Carla%20Isabel%20Fernandes%20Mendes.pdf>
- Mummery, K., Schofield, G., & Caperchione, C. (2004). Physical activity dose-response effects on mental health status in older adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(2), 188-192. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00934.x>
- Nelson, M., Rejeski, W., Blair, S., Duncan, P., Judge, J., King, A., ... Sceppe, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the

American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1435-1445. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762378>

Neto, A., Araújo, R., Pitangui, A., Menezes, L., França, E., Costa, E.,... Junior, M.(2013) Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de atividade física e de saúde*, 711-719. Doi: 0.12820/rbafs.v.18n6p711

Netto, R., Silva, C., Costa, D. & Raposo, D. (2012). Nível de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários da área de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 10(34), 47-55. Retrieved from https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1802

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020..* Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2017*. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa nacional de saúde ocupacional extensão 2018-2020*. Retrieved from https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_extensao-pdf.aspx?fbclid=IwAR1jppPgRTa_hzDYGvDTjow2qL_nXcuu-BPBM-0XLUGp9uoaaScgfTPHPyM

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses 2016: Programa nacional para a promoção da atividade física*. Retrieved from https://www.dgs.pt/programanacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externospnpPA/rel_capitulo-pnpPA-2016-a-saude-dos-pt-pdf.aspx

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (03 mai. 2019). Regulamento nº 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República nº 85, 2ª Série*.
- Pucci, G., Fermino, R., & Reis, R. (2012). Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 166-179. Doi: 10.1590/S0034-89102012000100021
- Puciato, D., Rozpara, M & Borysiuk, Z. (2018). Physical activity as a determinant of quality of life in working-age people in wrocław, Poland. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 623. Doi: 10.3390/ijerph15040623
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde. estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estudo de saúde: SF 36*. Porto: TaligrPAe.
- Richardson, L. W. (2008). Health-related quality of life in cancer survivors between ages 20 and 64 years: Population-based estimates from the behavioral risk factor surveillance system. *Cancer*, 112(6), 1380-1389. Doi: 10.1002/cncr.23291
- Ruivo, J., & Alcântara, P. (2012). Hipertensão arterial e exercício físico. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(2), 151-158. Retrieved from <https://www.revportcardiol.org/pt-hipertensao-arterial-e-exercicio-fisico-articulo-S0870255111001107>
- Ruivo, R. (2018). *Manual de avaliação e prescrição de exercício*. Carcavelos: Self-Desenvolvimento Pessoal.
- Santos, C., Martins, T., Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.). *Saúde e qualidade de vida: Estado da arte* (pp.12-38). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Santos, F., Vale, J., Ferreira, J., Raimundo, A., & Moreira, H. (2010). *Livro verde da atividade física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/282122342_Livro_Verde_da_Atividade_Fisica

- Shibata, A., Oka, K., Nakamura, Y., & Muraoka, I. (2007). Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *BioMed Central*, 5, 64. Doi: 10.1186/1477-7525-5-64
- Silva, M., Batista, N., Goulart, A., Lanferdini, F., Marcon, M., ... Dias, C. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15. Doi: 10.1590/S1809-98232012000400004
- Silva, R. S., Silva, I., Silva, R. A., Souza, L., & Tomasi, E. (2010). Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 115-120. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a17v15n1.pdf>
- Sluik, D., Buijsse, B., Muckelbauer, R., Kaaks, R., Teucher, B., Johnsen, N., . . . Nothlings, U. (2012). Physical activity and mortality in individuals with diabetes mellitus: a prospective study and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 172(17), 1285-1295. Doi: 10.1001/archinternmed.2012.3130
- Sttelmair, J. R., Pertman, J. H., & Forman, D. E. (2009). Effects of physical activity on cardiovascular and noncardiovascular outcomes in older adults. *Clinics in geriatrics medicine*, 25(4), 677-702. Doi: 10.1016/j.cger.2009.07.004.
- Suchomel, T. N., & Stone, M. (2016). The importance of muscular strength in athletic performance. *Sports Medicine*, 46(10). Doi: 10.1007/s40279-016-0486-0
- Thompson, P., Funk, E., Carleton, R., & Sturner, W. (1982). Incidence of Death During Jogging in Rhode Island From 1975 Through 1980. *JAMA*, 247(18), 2535-2538. Doi: 10.1001/jama.1982.03320430039028
- Toscano, J. J. O., & Oliveira, A. C. C. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 15(3), 169-173. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a01v15n3.pdf>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical activity guidelines for americans*. Retrieved from

https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/index.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fphysicalactivity%2Fbasics%2Fpa-health%2Findex.htm

- U.S. Department of Health and Human Services, USDHHS. (2008). *Physical activity guidelines for americans: Be active, health and happy*. Retrieved from <https://health.gov/sites/default/files/2019-09/paguide.pdf>
- Vagetti, G., Filho, V., Moreira, N., Oliveira, V., Mazzardo, O., & Campos, W. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(1), 76-88. Doi: 10.1590/1516-4446-2012-0895
- Van den Berg, T. I. J., Alavinia, S. M., Bredt, F. J., Lindeboom, D., Elders, L. A. M., & Burdorf, A. (2008). The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81. Doi: 10.1007/s00420-007-0296-7
- Vargas, M., & Rosas, M. (2019). Impacto de un programa de actividad física aeróbica en adultos mayores con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14, 142-149. Retrieved from http://www.revhipertension.com/rlh_2_2019/impacto_programa_actividad.pdf
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8, 246-252. Retrieved from https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- Vilar, F. J. R. & Salgadinho, I. (2009). Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito. *Enfermagem em Foco*, 2(57), 34-36.
- Ware, J., & Gandek, B. (1998) Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912. Doi: 10.1016/s0895-4356(98)00081-x

- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Instruments: The WHOQoL-100 and the WHOQoL-BREF*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (1948). *Summary reports on proceedings minutes and final acts of international health conference*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- World Health Organization. (1994). *Quality of life assessment: Annotated bibliography*. Geneva: Author. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61629/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (1997). *Programme on mental health: WHOQoL Measuring Quality of Life*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: Author. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world*. Retrieved from <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- World Health Organization.. (2020). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: Author. Retrieved from <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>

- Xiao, Y., Wang, H., Zhang, T. & Ren, X. (2019). Psychosocial predictors of physical activity and health- related quality of life among Shanghai working adults. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 72. Doi: 10.1186/s12955-019-1145-6.
- Yasunaga, A., Togo, F., Watanabe, E., Park, H., Shephard, R. J., & Aoyagi, Y. (2006). Yearlong physical activity and health-related quality of life in older Japanese adults: the Nakanojo Study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 14(3), 288-301. Doi: 10.1123/japa.14.3.288

ANEXOS

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira:
- Um estudo de caracterização

Rehabilitation Nursing in the Autonomous Region of Madeira:
- A characterization study

IDNR

--	--	--	--	--	--	--

Grupo 1 – INFORMAÇÃO PESSOAL

- Dados Pessoais (IDNR)

Investigador: _____



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira:
- Um estudo de caracterização

Rehabilitation Nursing in the Autonomous Region of Madeira:
- A characterization study

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com.

Dados Pessoais

IDNR

--	--	--	--	--	--

Data de investigação

Dia	Mês	Ano

Data de nascimento

Dia	Mês	Ano

Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

Nome _____

Tel. (casa) _____ Telemóvel _____

Outros contactos _____

Morada

Freguesia _____

Av., Rua, etc. _____

Nº Porta ou lote

Andar

Lado

Código Postal



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira:
- Um estudo de caracterização

Rehabilitation Nursing in the Autonomous Region of Madeira:
- A characterization study

IDNR

•	•	•		
---	---	---	--	--

PACK 1 – INFORMAÇÃO GERAL

- Questionário de Caracterização

Investigador: _____

IDNR

•	•		•			
---	---	--	---	--	--	--

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
(Enfermeiros Especialistas em Reabilitação)

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____ (anos)

3. Estado Civil:

Solteiro (a) ☐ Casado (a) / União de facto ☐

Viúvo (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐

4. Filiação:

4.1. Tem filhos?

Não ☐ Sim ☐ Quantos? _____ (nº de filhos).

5. N.º de familiares a seu cargo (Filhos/Pais/Outros)

(Coloque o número de familiares no(s) quadrado (s) correspondente (s))

Muito dependentes ☐ Pouco dependentes ☐ Autónomos ☐

(Se Autónomos, por favor, avance para a Questão 6)

5.1. Frequência com que os familiares dependentes estão a seu cargo?

(Coloque o número de familiares no(s) quadrado (s) correspondente (s))

Ocasionalmente ☐ Regularmente ☐ Permanentemente ☐

5.2. Quem ajuda na assistência aos familiares dependentes?

(Coloque o número de familiares no(s) quadrado (s) correspondente (s))

Pessoa significativa ou familiar ☐ Institucional ☐ Sem apoio ☐

6. O cônjuge trabalha fora de casa?

(Se não tiver cônjuge avance para a Questão 7)

Não ☐ Sim ☐

6.1. Quantas horas semanais? _____ (média de horas/semana).

6.2. O seu cônjuge trabalha por turnos? Não ☐ Sim ☐

7. Formação Académica:

Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

7.1. Além da formação académica, possui outra formação técnica e profissional?

☐ Não ☐ Sim

7.1.1. Se sim, de que tipo?

Pós-licenciatura ☐ Formação Técnica de curta duração (até 30h) ☐

Formação Técnica de Longa duração (superior 30h) ☐ Outra ☐

CARACTERIZAÇÃO FÍSICA

8. Peso: _____ (Kg)

9. Altura: _____ (cm)

10. Membro superior dominante:

Direito ☐ Esquerdo ☐ Ambos ☐

SITUAÇÃO DE SAÚDE

11. Tem problemas de saúde? Não ☐ Sim ☐

11.1. Se sim, Quais?

Cardiovascular ☐ Respiratória ☐ Músculo-esquelético ☐

Psiquiátrico ☐ Oncológico ☐ Outro ☐ Qual? _____

11.1.1. Se respondeu afirmativo à pergunta anterior, é acompanhado pela medicina do trabalho? Não ☐ Sim ☐

11.2. Toma alguma medicação atualmente? Não ☐ Sim ☐

11.3. No último ano, ausentou-se do serviço por incapacidade temporária devido a motivos de doença do próprio? Não ☐ Sim ☐



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

12. Possui hábitos tabágicos? Não ☐ Sim ☐

12.1. Se sim, quantos? _____ (nº de cigarros/dia).

13. Neste momento, que intensidade de dor sente?

(Assinale com um X em cima do número correspondente, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima")

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

13.1. Se dor de intensidade ≥ 1 , refira qual o tipo de dor:

Aguda ☐ Crónica ☐

13.2. Se dor de intensidade ≥ 1 , refira qual a duração da dor:

Esporádica ☐ Contínua ☐ Paroxística ☐

13.3. Se dor de intensidade ≥ 1 , refira qual o local da dor:

Cabeça/Pescoço ☐ Ombros ☐ Membros Superiores/ Mãos ☐

Região Torácica/ Lombar /Sagrada ☐ Membros Inferiores/Joelhos ☐

Tornozelos/Pés ☐

ATIVIDADE FÍSICA

14. Pratica atividade física? Não ☐ Sim ☐

(Se Não, por favor, avance para a Questão 15)

14.1. Se sim, é de que carácter?

Desportivo ☐ Lazer ☐

14.1.1. Quantos dias por semana? _____ (dias/semana).

14.1.2. Em que locais pratica atividade física?

Parque ou ao ar livre ☐

No caminho casa- escola dos filhos, casa-trabalho, casa-compras ☐

Num ginásio/ *health club* ☐

Em casa ☐

Clube desportivo ☐

Local de trabalho ☐

Outros ☐

14.1.3. Que motivos o levam a praticar atividade física?

Melhorar a saúde ☐

Melhorar a aparência física ☐

Por diversão ☐

Para gerir o peso ☐

Para melhorar o rendimento físico ☐

Para estar com os amigos ☐

Para contrariar os efeitos do envelhecimento ☐

Para melhorar a condição física ☐

Para melhorar a autoestima ☐

Para melhor integração na sociedade ☐

Para conhecer pessoas novas ☐

Por Indicação médica ☐

Não sabe ☐

15. Já teve alguma lesão músculo-esquelética provocada pela atividade física que pratica? Não ☐ Sim ☐

16. Se não pratica atividade física, assinale a principal razão (escolher 1 opção):

Falta de tempo ☐

Falta de motivação ou interesse ☐



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

É muito dispendioso ☐

Já estar envolvido na prática de atividade física regular ☐

Incapacidade física ou doença ☐

Não apreciar atividades competitivas ☐

Inexistência de infraestruturas adequadas ou acessíveis perto de casa ☐

Inexistência de amigos / colegas com quem praticar atividade física ☐

Vida familiar ☐

Trabalho/ carga horária ☐

17. Acha que o seu contexto de trabalho/entidade empregadora promove a prática de atividade física?

Não ☐

Sim ☐

17.1. Se sim, de que forma?

Existência de protocolos com ginásios/ health clubs ☐

Programa de ginástica laboral padronizado pela entidade patronal ☐

Programa implementado pelo serviço onde exerce funções ☐

Atividades físicas organizadas pela entidade patronal (p. ex.: caminhadas, torneios, outros) ☐

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

18. Há quanto tempo concluiu a licenciatura em Enfermagem? _____(anos).

19. Há quanto tempo concluiu a Especialidade em Reabilitação? _____(anos).

20. Há quanto tempo iniciou a prestação autónoma de cuidados de enfermagem de reabilitação no seu contexto laboral? _____(anos).

20.1. Há quanto tempo presta cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço em que atualmente trabalha? _____(anos).

20.2. Há quanto tempo tem remuneração/suplemento remuneratório como enfermeiro especialista? ____ (anos).

21. Que tipo de função exerce na maior parte dos turnos?

Gestão ☐ Cuidados especializados ☐ Cuidados Gerais ☐

21.1. Se Cuidados Gerais, porquê? _____

22. Tipo de unidade de saúde onde exerce funções:

Hospital ☐ Centro de saúde ☐ Rede de Cuidados Continuados ☐

Outra ☐ Qual? _____

22.1. Tipo de vínculo laboral:

Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP) ☐

Contrato por Tempo Indeterminado (CIT) ☐ Outro ☐ _____

22.2. Tipo de horário: Fixo ☐ Rotativo ☐

22.3. Horário semanal:

35h/semana ☐ Outro ☐ Qual? _____ (horas/semana).

22.5. Considera o volume de trabalho que lhe é atribuído baixo?

(Assinale com um X a sua opção)

Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐

22.6. Considera o volume de trabalho que lhe é atribuído adequado?

(Assinale com um X a sua opção)

Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐

22.7. Considera o volume de trabalho que lhe é atribuído elevado?

(Assinale com um X a sua opção)

Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐

23. Em média quantas pausas faz ao longo do turno de trabalho? _____.

24. Para além da sua atividade laboral principal, tem alguma atividade secundária associada à reabilitação? Não ☐ Sim ☐



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

24.1. Se sim, quantas horas por semana se dedica a esta atividade secundária?
_____ (horas/semana).

25. Motivos da procura da Formação na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação:

(Assinale com um X a sua opção)

Área de preferência ☐

Especialidade lecionada em área mais próxima da residência ☐

Categoria de especialista/Progressão na carreira ☐

Remuneração ☐

Reconhecimento profissional ☐

Incentivo por parte do serviço ☐

Adquirir formação/competências para assegurar o emprego ☐

Outro ☐ _____

26. Nos últimos doze meses, alguma vez pensou em:

(Assinale com um X a sua opção)

Mudar de profissão ☐

Não querer exercer a especialidade ☐

Pedir transferência para outro serviço ☐

Pedir a rescisão do seu contrato ☐

Pedir uma licença sem vencimento ☐

Pedir aposentação antecipada ☐

Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses ☐

27. Fazendo uma retrospectiva do seu percurso profissional, pensa que:

(Assinale com um X a opção que mais caracteriza o seu pensamento)

Se tivesse de fazer a opção hoje, escolheria mesma profissão ☐

Se tivesse de fazer a opção hoje, escolheria trabalhar no sector público ☐



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Se tivesse de fazer a opção hoje, escolheria trabalhar no sector privado ☐

Se tivesse de fazer a opção hoje, escolheria a atividade liberal ☐

Se tivesse de fazer a opção hoje, escolheria o mesmo serviço onde trabalho ☐

Se tivesse de fazer a opção hoje, escolheria outro serviço para trabalhar ☐
Qual? _____

ANEXO B- DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contactos telefónico: [291 743 444](tel:291743444)

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Folha de Informação ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que a informação sobre si, como Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação do SESARAM, será alvo de recolha e análise.

Qual é o objetivo deste estudo?

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a enfermagem de reabilitação na RAM, no que se refere aos enfermeiros de reabilitação, aos cuidados, aos clientes e aos cuidadores informais.

Particularmente no que respeita ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se caracterizar variáveis como: a satisfação profissional, o comprometimento organizacional, os níveis de qualidade de vida e a atividade física, a qualidade de cuidados, as lesões músculo-esqueléticas, a dor e *work engagement*.

O que é que este estudo envolve?

No que respeita ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados através de questionários de auto-preenchimento.

Onde decorrerão as atividades deste estudo?

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de Rede do SESARAM, E.P.E, que constituam locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A quem é pedido para participar?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque é Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no serviço de saúde público da RAM.

A pesquisa envolverá todos os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de enfermagem no serviço de saúde público, assim como os seus clientes e cuidadores.

Existem risco nesta participação?

Não. Não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

Existem benefícios por participar?

Esta investigação permitirá pela primeira vez caraterizar a enfermagem de reabilitação (no que se refere ao cliente, aos cuidados e aos enfermeiros), identificar associações entre variáveis de relevo no processo de reabilitação e identificar áreas de potencial melhoria nas condições e cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM. Este conhecimento será disponibilizado aos enfermeiros especialistas em reabilitação e constituirá uma base para estudos futuros, particularmente focados no domínio da eficácia e efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação, e para a implementação de estratégias de melhoria das condições de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Este conhecimento será útil para a visibilidade da resposta de enfermagem de reabilitação e um recurso para os processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Quem terá acesso à minha informação?

Não será utilizado o seu nome em nenhum relatório, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição, que garantirá a anonimização dos questionários.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento do investigador o responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários. A informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

Quais serão as condições de privacidade?

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.

Existem custos envolvidos?

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais. Todos os outros custos serão atribuídos aos investigadores.

Que tempo terei de despende?

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para o preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Quais são os meus direitos?

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a investigadora principal ou o investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

Data: _____

ANEXO C- CONSENTIMENTO INFORMADO



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, através do preenchimento de questionários.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Li a informação mencionada na Folha de Informação ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Assinatura do Participante: _____ Data: _____

Assinatura do Investigador: _____ Data: _____

Participante: Enfermeiro Especialista em Reabilitação

APÊNDICES

APÊNDICE A- HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (HPAQ)

Questionário de Atividade Física Habitual de Baecke

1. Pratica desporto ou exercício físico regular?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, qual o desporto ou exercício físico que pratica mais frequentemente?

Quantas horas por semana?

Menos de 1 hora ☐

Entre 1 e 2 horas ☐

Entre 2 e 3 horas ☐

Entre 3 e 4 horas ☐

Mais de 4 horas ☐

Quantos meses por ano?

Menos de 1 mês ☐

Entre 1 e 3 meses ☐

Entre 4 e 6 meses ☐

Entre 7 e 9 meses ☐

Mais de 9 meses ☐

Se pratica um segundo desporto ou exercício físico. Qual o desporto ou exercício físico que pratica?

Quantas horas por semana?

Menos de 1 hora ☐

Entre 1 e 2 horas ☐

Entre 2 e 3 horas ☐

Entre 3 e 4 horas ☐

Mais de 4 horas ☐

Quantos meses por ano?

Menos de 1 mês ☐

Entre 1 e 3 meses ☐

Entre 4 e 6 meses ☐

Entre 7 e 9 meses ☐

Mais de 9 meses ☐

Nas perguntas seguintes, coloque uma cruz (x) no quadrado correspondente à sua opção:

2. Em comparação com outras pessoas da sua idade, considera que a atividade física que realiza nos tempos livres é:

Muito menor	Menor	Igual	Maior	Muito maior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Por dia, quantos minutos costuma andar a pé ou de bicicleta (para ir e vir do trabalho, da escola ou para fazer compras)?

Menos de 5 minutos	Entre 5 a 15 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 30 a 45 minutos	Mais de 45 minutos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas perguntas seguintes, coloque uma cruz (x) no número correspondente à sua opção, de acordo com os seguintes critérios:

- 1 – Nunca
2 – Raramente
3 – Algumas vezes
4 – Frequentemente
5 – Muito frequentemente

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
4. Nos tempos livres, com que frequência costuma transpirar (devido às atividades que realiza)?	1	2	3	4	5
5. Nos tempos livres, com que frequência costuma praticar desporto ou exercício físico?	1	2	3	4	5
6. Nos tempos livres, com que frequência costuma ver televisão?	1	2	3	4	5
7. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar a pé?	1	2	3	4	5
8. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar de bicicleta?	1	2	3	4	5

APÊNDICE B-MEDICAL OUTCOME STUDY 36-ITEM SHORT FORM (SF36)

Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:				
Muito melhor	Com algumas melhorias	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto:			
	Sim muito limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas (1 lanço=10 degraus)	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar, mais de 1 quilómetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i) Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4.Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, como consequência do seu estado de saúde físico?		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

5.Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Não executou o trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7.Durante as últimas 4 semanas, teve dores?					
Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

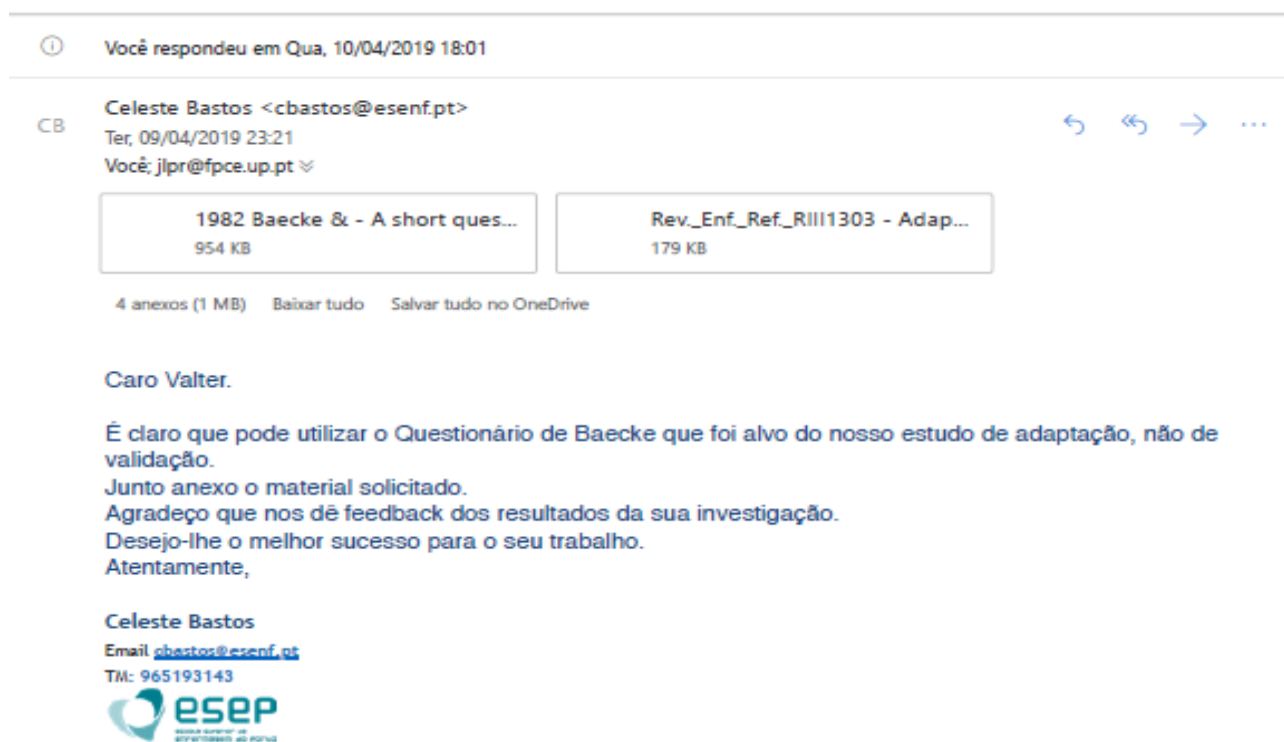
8. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Por cada pergunta coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.						
Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?				
Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Algum tempo 3	Pouco tempo 4	Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações?					
Ponha uma cruz em cada linha:	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

APÊNDICE C-AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (HPAQ)



De: Válder Freitas <valter_cnm@hotmail.com>

Enviada: 6 de abril de 2019 21:55

Para: cbastos@esenf.pt; jlpr@fpce.up.pt

Assunto: Autorização para a aplicação do "Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke), versão modificada, para a população portuguesa".

Boa noite Prof. Doutora Maria Celeste Bastos Almeida e professor José Luís Pais Ribeiro ,

No âmbito da realização de um projeto de investigação, inserido no 3º semestre, do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, e sob orientação da Prof. Doutora Bruna Gouveia, vimos pelo presente solicitar a V. autorização para a aplicação do questionário por vós validado para a população portuguesa, intitulado de "Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke), versão modificada, para a população portuguesa".

Este projeto de investigação pretende caracterizar os cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM e a colheita de dados irá decorrer entre abril e junho de 2019. Na sequência desta autorização, solicitamos ainda a escala em formato editável, informação sobre a aplicação, cotação e interpretação dos resultados. Agradecendo desde já a V. colaboração, apresentamos os melhores cumprimentos,

Pela Equipa de Investigação do MER,

Válder Freitas

APÊNDICE D- DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização." 31-7-19

*Autuizade
Tufanica o proponent
da decisão
Recebido*

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 35 de 2019, pedido submetido pela **Profª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização"**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.

A.2 O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.

A.3 Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrados, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrado potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.

B.2 Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS

C.1 Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.

C.2 Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de
Julho de 2019 da CES por
unanimidade.

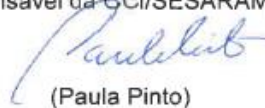
O presidente da CES/SESARAM, EPE



(Ricardo Santos)

Aprovado após avaliação pela CCI.

A responsável da CCI/SESARAM, EPE



(Paula Pinto)